

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 89

LE VECU DE L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

**Résultats préliminaires d'une enquête entreprise
après réussite de l'insémination**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie CHEVRET née MEASSON

le 18 Mai 1948

à SAINT-ETIENNE (Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 89

LE VECU DE L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

**Résultats préliminaires d'une enquête entreprise
après réussite de l'insémination**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie CHEVRET née MEASSON

le 18 Mai 1948

à SAINT-ETIENNE (Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 20

LE VECU DE L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

Résultats gynécologiques d'une enquête nationale
après révision de l'insémination



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Mars 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maria CHEVRET née MASSON

le 18 Mai 1978

à SAINT-ETIENNE (Loire)

Président de l'Université : Pr D. GERMAIN

Vice-Président : Pr E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : M. PONCET

Troisième Vice-Président : M. BONNET

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur : Mr le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL : Directeur : Mr le Professeur M. MORNEX
SUD-OUEST : Directeur : Mr le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD : Directeur : Mr le Docteur J.P. NEIDHARDT

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : Mr le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Mr le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : Mr le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : Mr le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du Conseil d'U.E.R. : Mr le Pr R. GUILLET

Directeur : M.A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : Mr le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur : Mr le Professeur J. DELNAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : Mr le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : Mr le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : Mlle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : Mr le Professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M.J. GALLET (Directeur ENSAM)

OBSERVATOIRE : Directeur : M. MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : Mr le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur : Mr le Professeur J. MATHIEU

Ce Travail est Dédié aux Couples Stériles.

" Quand j'éprouve une douleur, je suis toujours conscient du fait qu'une question se pose. Que la douleur soit mienne ou celle d'un autre, une interrogation s'inscrit dans sa perception".

I. ILLICH

" Dis donc, Maman, d'où ils viennent les bébés ?
Mais bêta, tu le sais bien voyons de l'hôpital !".

COMPTINE ENFANTINE

A MES AMIS,

"Il n'y a, à vrai dire, qu'une seule parole, elle est d'amour".

Inventons...

A MES PARENTS.

Nous remercions les membres de notre Jury de l'honneur
qu'ils nous font en acceptant de juger ce travail

Monsieur le Professeur V. ROCHET, Président du Jury

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur J.C. CZYBA

Monsieur le Professeur Agrégé BREMOND

Monsieur le Professeur J. COSNIER

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Yves ROCHET

*Nous avons la chance de suivre son enseignement de gynécologie.
Malgré ses multiples activités, il a bien voulu accepter de
présider cette thèse.*

*Qu'il trouve dans ce travail un témoignage de notre profond
respect et de nos remerciements.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOTAT

Nous avons suivi avec beaucoup de plaisir son séminaire sur la filiation et nous lui devons notre intérêt pour la psychologie médicale.

La gentillesse avec laquelle il nous a toujours reçue nous a beaucoup touchée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.C. CZYBA

Depuis sept ans dans son laboratoire, nous apprécions ses qualités d'enseignant, de chef de service, et son dynamisme pour créer de réelles équipes.

Par ce travail, nous avons commencé à vivre une expérience très riche en médecine, qui nous a motivée pour faire différentes spécialités : gynécologie, psychologie médicale et sexologie.

Nous le remercions.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COSNIER

Nous le remercions de nous avoir acceptée dans sa consultation. Nous lui devons de nous avoir ouvert à une certaine méthode nécessaire à ce travail.

Il nous a conseillé tout au long de cette thèse. Nous espérons pouvoir continuer à travailler avec lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ BREMOND

Depuis notre stage d'obstétrique, il nous a toujours accueillie et conseillée.

Nous espérons que cette thèse l'intéressera.

AU PROFESSEUR Willy PASINI

Nous avons suivi son enseignement à MARSEILLE pendant un an.
Il nous a accepté comme stagiaire dans son service à GENEVE.
Nous lui devons notre intérêt pour l'écoute sexologique.

AU PROFESSEUR CHARVET

Nous commençons notre stage de spécialité dans son service.
Son sens clinique nous apprend beaucoup. Nous apprécions
son ouverture sur de très nombreux problèmes.

AU PROFESSEUR Gilbert NOEL

Nous avons fait chez lui notre premier semestre hospitalier,
nous lui devons nos principales bases de médecine et notre
attachement à la clinique, même si nos préoccupations sont
actuellement autres.

A TOUTE L'EQUIPE DU C.E.C.O.S. et AUX GYNECOLOGUES travaillant avec nous
qui nous ont très souvent aidée pour cette thèse.

A MARIE-JO et JACQUELINE

Nous avons apprécié leur collaboration.

A TOUS CEUX qui, d'une manière ou d'une autre, nous ont aidée à "accoucher"
de ce travail.

P L A N

PREFACE

I - INTRODUCTION : *Qu'est-ce que l'Insémination artificielle ?*

II - ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

III - LES COUPEES ETUDIES

IV - L'ENQUETE

1 - La prise de contact

2 - La rencontre

V - L'ORGANISATION DES ENTRETIENS

1 - Choix du mode d'approche de l'interview

2 - Le protocole

VI - LA METHODE D'ANALYSE

1 - L'analyse du contenu : analyse thématique ou analyse quantitative

2 - Les analyses de contenu

3 - Les résultats

VII - COMMENTAIRES ET EBAUCHE D'UNE ANALYSE QUALITATIVE

VIII - CONCLUSION

XIX - BIBLIOGRAPHIE

X - ANNEXES

P R E F A C E

Cette recherche est étroitement liée à mon histoire personnelle. Hésitant entre la psychiatrie et la gynécologie, travaillant depuis de nombreuses années au Laboratoire d'Histologie du Professeur CZYBA, j'ai vu se créer le C.E.C.O.S. dans une équipe que je connaissais bien.

Depuis ma grossesse et mon accouchement en 1973, je désirais faire ma thèse sur le désir d'enfant, et l'apport de la maternité pour la femme. La proposition du Professeur CZYBA de travailler sur le vécu psychologique des femmes inséminées, me passionna car se trouvait au carrefour de mes différents centres d'intérêts.

Je parle de mon cas personnel pour ne pas avoir à y revenir lors de la discussion. On peut poser le problème de l'"objectivité" de mes analyses. Il est évident que je projette mon propre vécu sans en connaître la mesure exacte lorsque j'interprète. Mais qui, homme ou femme, parent ou célibataire, peut garantir qu'il ne projette aucun fantasme sur le sujet de la naissance qui nous renvoie directement ou par métaphores à la mort ?

La seule logique de cette étude est au moins celle de mon travail quotidien pendant un an avec l'équipe du C.E.C.O.S. : les biologistes, les gynécologues, le psychiatre. Cette thèse est une ébauche et pourrait être le point de départ d'autres travaux, comme je pourrais en faire plus tard.

Je dirai que la plus évidente transformation de ma perception de l'I.A.D. (°) est le passage d'une histoire imaginée comme celle d'un homme ou d'une femme en face de l'I.A.D., à l'histoire d'un couple désirant avoir un enfant ensemble.

(°) : I.A.D. = Insémination artificielle avec donneur.

Mon histoire personnelle ne vaut que par sa banalité et va me permettre d'en revenir à un nous plus collectif.

INTRODUCTION

La pratique de l'I.A.D. crée évidemment à côté des problèmes techniques relativement simples, des problèmes psychologiques chez les médecins, les couples inséminés, les donneurs et plus généralement le public. Il n'est que d'amener une conversation sur le thème de l'insémination artificielle pour déclencher inévitablement une discussion passionnée et copieusement argumentée.

Se faire inséminer est un acte, qui, bien que non interdit par la loi, va fortement contre un modèle culturel bien intégré de notre société : la Paternité.

"L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari" - Article 312 du Code Civil.

Après la législation de la contraception puis de l'avortement, la quasi officialisation de l'I.A.D. actuellement, continue la mise à jour de faits qui ont toujours existé sans que l'on en parle.

L'I.A.D. est à la fois une remise en cause des rôles de l'homme et de la femme, et du rôle du médecin.

Qu'est-ce-que l'insémination artificielle humaine avec sperme de donneur ?

L'insémination est l'introduction de sperme dans le vagin.

L'insémination naturelle est le résultat habituel d'un rapport sexuel entrepris le plus souvent sans intention de procréer. L'insémination artificielle est la méthode qui consiste à déposer du sperme au fond du vagin à l'aide d'une

seringue ou d'une pipette, dans l'intention d'obtenir une fécondation.

Un couple sur dix est stérile. Lorsque la stérilité est féminine et incurable, le désir d'enfant ne peut être satisfait que par l'adoption. En revanche, s'il ne s'agit que d'une stérilité masculine irréversible, la maternité reste possible et est souvent souhaitée. Le recours au procédé de l'insémination artificielle avec le sperme d'un donneur fertile est de plus en plus demandé.

Nous ne discuterons pas ici les aspects éthiques de l'insémination artificielle avec donneur, considérant qu'il s'agit avant tout du mode de traitement d'un couple sans enfant, lorsque la stérilité du mari apparaît incurable ou lorsque sa paternité est médicalement fortement contraindiquée.

Les premières inséminations artificielles humaines ont été pratiquées, semble-t-il à la fin du XIX^{ème} siècle, avec du sperme frais. Actuellement, cette méthode est assez largement répandue mais souvent clandestine. L'utilisation de sperme frais présente de nombreux inconvénients : conservation courte du sperme qui doit être utilisé aussi rapidement que possible après son émission, nécessité de disposer de donneurs aisément "mobilisables", difficulté d'assurer la discrétion indispensable... Il est donc particulièrement intéressant de pouvoir disposer de sperme conservé utilisable à tout moment, en quantité et provenant de donneurs aussi nombreux que possible.

L'utilisation de l'azote liquide permet la congélation et la conservation pratiquement illimitée du sperme à la température de -196° Centigrades. Depuis douze ans, bénéficiant à leurs débuts des recherches vétérinaires, se sont créées et développées des "banques de sperme" humain.

Les banques de sperme qui fonctionnent en FRANCE depuis quatre ans dans les centres hospitalo-universitaires sont organisées suivant les mêmes règles, utilisent les mêmes techniques et ont pour objectifs l'application et le perfectionnement de l'insémination artificielle et l'étude dans des conditions expérimentales de problèmes thérapeutiques et biologiques.

La règle d'or de l'insémination artificielle humaine est évidemment le secret médical rigoureusement intangible : les donneurs ne peuvent en aucun cas savoir quelle est l'utilisation de leur sperme et les femmes inséminées ne peuvent en aucun cas connaître l'identité du donneur.

1 - Les indications de l'insémination artificielle

Nous réservons l'insémination artificielle avec sperme de donneurs (°) aux indications suivantes :

- toutes les stérilités du conjoint actuellement considérées comme incurables,
- les incompatibilités des groupes sanguins des époux ayant eu de graves conséquences sur l'enfant,
- les risques de transmission d'une tare génétique paternelle

2 - Le recueil du sperme

a - le recrutement des donneurs : les donneurs sont âgés de moins de quarante cinq ans, sont mariés, ont un ou plusieurs enfants sans anomalies congénitales, acceptent de donner gratuitement leur sperme et effectuent ce don avec l'accord de leur épouse. Le sperme en tant que produit humain doit, au même titre que le sang, être soumis à la règle française de don bénévole, l'insémination se présente alors comme le don d'un couple à un autre couple.

Le donneur subit un interrogatoire soigneux, visant à dépister toute manifestation dans les antécédents familiaux de maladies héréditaires transmissibles : un examen clinique, un test de Bordet-Wassermann, un caryotype pour dépister les anomalies chromosomiques, une recherche de groupe sanguin si elle n'a pas été déjà effectuée, un examen de sperme très complet (spermogramme, spermocytogramme, spermoculture, fructose, test de congélation...).

Le test de congélation permet de savoir si le sperme tolère le choc thermique ; sans que l'on sache actuellement pourquoi, certains spermatozoïdes ne supportent pas la congélation. Si le test est défavorable, le donneur n'est pas retenu.

Tous les examens étant favorables, le donneur sera convoqué à plusieurs reprises et ses éjaculats fractionnés en paillettes (environ 20 par éjaculat), seront placés dans l'azote liquide.

Toutes les précautions sont prises pour le maintien du secret. Le dossier technique du donneur est identifié par un numéro.

(°) : Nous distinguerons de l'insémination avec sperme du donneur, l'insémination artificielle avec sperme du conjoint réalisée dans quelques cas d'hypofécondité médiocre.

Le sperme d'un donneur ne sera en aucun cas utilisé pour plus de cinq grossesses.

b - traitement du sperme : le sperme est recueilli sur place de préférence, par masturbation dans un récipient en plastique, quinze à trente minutes après l'éjaculation le sperme se liquéfie spontanément, on lui adjoint alors un milieu de conservation à base de glycérol, de protéines et d'antibiotiques.

Le sperme dilué est ensuite réparti dans des tubes de matière plastique (paillettes) d'un volume de 0,25 ml qui sont plongés après refroidissement rapide, dans l'azote liquide (-196°) où ils resteront jusqu'à utilisation.

3 - Le traitement des couples demandeurs d'insémination

a - avant l'insémination : le couple adressé par un médecin gynécologue ou généraliste, ou de sa propre initiative, sollicite un rendez-vous au centre d'insémination.

Un premier entretien avec un médecin du centre a pour but de vérifier la réalité et la maturité de la demande, et d'aider le couple à préciser ses motivations.

La stérilité du mari est vérifiée et contrôlée par de nouveaux examens.

Eventuellement un traitement est prescrit. S'ils n'ont pas été déjà pratiqués récemment, des examens cliniques et biologiques sont entrepris pour exclure dans la mesure du possible une infertilité de l'épouse. Un caryotype systématique pourra détecter une anomalie chromosomique susceptible de constituer une contre-indication de l'insémination.

La décision de pratiquer les inséminations est prise en commun par les médecins biologistes du centre, le gynécologue qui pratiquera les inséminations et éventuellement, le psychiatre attaché au centre et un médecin généticien.

b - l'insémination

- le protocole : les inséminations ne débutent qu'après une période d'observation de trois cycles consécutifs pendant lesquels est établie la courbe thermique qui permet de situer l'ovulation, dont les conditions sont précisées

par l'examen de la glaire cervicale au cours du dernier cycle.

- les résultats : légèrement variables suivant les centres, ils sont de l'ordre de 40 % de grossesse, compte-non tenu des abandons au cours de traitement, abandons qui peuvent être dus à un découragement, ou au désir de dissimuler totalement l'origine réelle d'une grossesse.

La quasi-totalité des grossesses sont obtenues lors de l'un des six premiers cycles, les trois premiers cycles apparaissant comme les plus favorables.

Les échecs sont relativement nombreux et leur explication relève de plusieurs hypothèses :

- la congélation et la décongélation du sperme provoquent la destruction d'un grand nombre de spermatozoïdes entraînant une baisse notable du pouvoir fécondant de l'échantillon. Ce phénomène qui est susceptible d'être corrigé par une amélioration des conditions techniques de conservation, ne nous apparaît cependant pas être le facteur le plus important.

- malgré une investigation aussi complète et rigoureuse que possible, il est certain que des stérilités organiques féminines ne sont pas découvertes avant le début des inséminations.

- il nous paraît enfin évident que pour bien acceptée qu'elle soit, la pratique de l'insémination artificielle entraîne des perturbations psycho-somatiques qui se manifestent en particulier par de fréquentes modifications de la date d'ovulation.

c - après les inséminations

Il s'agit d'une partie de notre étude.

4 - Les médecins et l'I.A.D.

Dans leur contact quotidien avec les couples, l'équipe du C.E.C.O.S. et les gynécologues pratiquant les I.A.D. s'interrogeaient, désirant "ne pas en rester à la technique" et "aider les couples". Les relations étaient souvent difficiles à vivre pendant les inséminations. Objectivement l'impact du "psychique" se lisait dans les retards d'ovulation sur les courbes de température et se posaient pour certains échecs ou fausses-couches.

Qu'attendent-ils de nous au-delà de la distribution et mise en place de la paillette ? Que deviennent-ils après l'I.A.D. ? Que sont leurs enfants et leurs rapports conjugaux ? Comment la femme intègre cette insémination

"traumatique" émotionnellement et comment le mari exclu de la conception prend-il sa place de père ?

Ce travail n'est rien d'autre que des éléments de notre réponse.

ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

Eliminant la riche littérature des moralistes, théologiens et journalistes, nous avons choisi de n'examiner systématiquement que les seules publications des médecins praticiens de l'I.A.D., des psychologues et psychanalystes directement concernés par ses conséquences. Nous avons d'ailleurs été rapidement amenés à distinguer les travaux sur les aspects psychologiques de l'I.A.D. (une quinzaine de publications seulement depuis 30 ans), des considérations ou remarques formulées en quelques lignes ou quelques pages dans (ou à côté) des publications relatives aux aspects techniques de l'insémination.

Nous avons relevé de plus dans un court chapitre quelques réactions médicales récentes dans le but de montrer dans quel contexte se situe parfois la demande de l'I.A.D.

La plupart des études entreprises concernent le développement et le comportement de l'enfant-né après l'I.A.D. et les réactions de ses parents. Plus récents et plus rares sont les travaux sur la psychologie des couples demandeurs d'insémination, sur le déroulement de la grossesse et sur les donneurs. Les problèmes psychologiques des donneurs n'entrent pas dans notre propos.

Le plan de notre étude bibliographique ne correspond pas à la chronologie des publications, mais au déroulement de l'histoire du couple demandeur d'insémination. La démarche des chercheurs les a d'abord conduit à s'intéresser à l'enfant et à sa relation avec ses parents, puis à la relation des deux parents, puis au déroulement de la grossesse et enfin aux problèmes du couple avant l'insémination.

A - LE COUPLE STERILE AVANT L'I.A.D.

Jusqu'à ces dernières années, le couple stérile demandeur d'I.A.D. n'a pas été l'objet d'étude systématique. L'analyse des diverses publications traitant directement ou indirectement de la psychologie du couple demandeur d'I.A.D. permet de dégager quatre rubriques :

- Existe-t-il une psychologie particulière du couple demandeur ?
- quel est le retentissement psychologique de la solution I.A.D. ?
- Doit-on préparer un couple stérile à l'I.A.D. ?
- Existe-t-il des contre-indications psychologiques à l'I.A.D. ?

1 - Existe-t-il une psychologie particulière du couple demandeur ?

LOVSET (103) en 1951, publie les résultats d'un questionnaire envoyé à 1200 couples stériles du Norway :

395 couples seulement ont répondu,

374 très en faveur de l'I.A. dont 215 ajoutaient qu'elle leur semblait préférable à l'adoption et 289 couples précisent que cette méthode ne leur pose pas de problème moral.

BENEDEK, analyste américaine(19-20), en 1959 et 1960, publie "la parenté comme phase de développement" et "l'organisation de la conduite de reproduction", textes dans lesquels elle étudie le désir d'enfant de l'homme et de la femme. Elle montre que ce désir est biologique chez la femme et que porter l'enfant et avoir un nourrisson en font partie. Ceci explique que les femmes préfèrent très fortement l'I.A. à l'adoption.

Pour les hommes, il existerait un désir de paternité comparable au désir de maternité de la femme, celui-ci prenant sa source dans la bisexualité de chacun. On retrouve ce désir dans l'identification des hommes à leurs femmes pendant la grossesse. Les hommes commencent alors l'expérience de la paternité avant la naissance dans le cas de l'I.A., ce qui n'est pas possible pour l'adoption.

BEHRMAN (13) en 1961 envoie systématiquement les femmes des couples demandeurs d'I.A.D. consulter un psychiatre pour examiner leurs motivations. Il rencontra une telle résistance de la part des femmes que ce procédé fut abandonné après 25 entrevues.

Cependant, pour deux de ces jeunes femmes, l'entretien leur avait permis de découvrir qu'avoir un enfant était la dernière chose qu'elles désiraient.

Ensuite, BEHRMAN soumit un groupe de 101 femmes au "Cornel Medical Index Health Questionnaire" qui permet de détecter tout signe de perturbation psychique ou de comportement trop névrotique. Aucune femme d'après ce questionnaire n'était jugée trop névrotique.

GERSTEL en 1963 (58) conclut l'étude de cinq familles qu'elle suivit en psychothérapie après I.A.D. que le simple fait de demander une I.A.D. traduisait une perturbation psychologique.

RUBIN (144) en 1965 étudiant les antécédents psychologiques de 43 femmes candidates à l'I.A.D. et ceux de 40 femmes d'un groupe témoin, conclut qu'il n'y a "pas de différence significative dans leur développement de l'enfance à l'âge adulte". La demande d'I.A.D. procèderait donc directement du désir d'enfant et non d'une structure mentale particulière.

Cependant, WATERS et Coll. (162) en 1966 écrivent qu'il appartient au psychiatre "d'envisager si le couple qui demande l'application de l'I.A.D. a atteint le degré de maturité nécessaire pour élever des enfants".

VAN KEEP et SCHMIDT-ELMENDORFF (158) en 1976 effectuent une étude sur 150 couples mariés, la moitié involontairement sans enfant, l'autre ayant réussi à avoir au moins un enfant. Il leur apparaît que : alors que les mariages des couples féconds sont orientés vers la famille, ceux des couples stériles sont fondés sur les rapports avec le partenaire... Bien souvent une communication meilleure s'établit entre les partenaires du couple stérile, ainsi qu'une plus grande communauté d'idées, deux facteurs indices de leur satisfaction conjugale." Les auteurs notent que l'éventualité d'une insémination artificielle "fut en général repoussée par la plupart des personnes interrogées bien que de façon moins absolue par les personnes stériles... Le manque d'enthousiasme à cet égard s'explique par le fait que la majorité des couples stériles attribuent leur stérilité à la femme, ce qui exclue évidemment l'éventualité de l'insémination

artificielle"

2 - Quel est le retentissement psychologique de l'éventualité de l'I.A.D. ?

Il ressort du questionnaire de LOVSET sus-cité que 70 % des couples en faveur de l'I.A.D. ajoutent leur crainte qu'un donneur puisse épouser une de ses "filles".

RUBIN (144) en 1965 conclut d'une revue bibliographique et d'un certain nombre d'observations personnelles que le principal obstacle psychologique à la demande d'I.A.D. est représenté par l'idée d'inceste : éventualité de relations incestueuses entre des enfants nés d'un même donneur anonyme et de relations moralement incestueuses entre le père nourricier et sa fille née d'une I.A.D.

3 - Doit-on préparer un couple stérile à l'I.A.D. ?

WATTERS et SOOZA POSA, en 1966, résument bien l'idée de préparation à l'I.A.D. : "le rôle du psychiatre doit être d'aider le couple à prendre conscience de leurs réelles motivations du choix de cette solution".

Et si ces motivations sont très névrotiques, le couple peut en prendre conscience lui-même. Si ce n'est pas le cas, le psychiatre les informe de son avis. Le psychiatre doit aussi avertir les membres du couple des réactions émotionnelles possibles et de les assurer de l'aide psychothérapique qu'ils recevront de lui-même ou de quelqu'un d'autre, pour les aider à passer ces moments.

M. BRIGUET, LAMARRE, en 1976 : "l'entretien est un moment de réflexion privilégiée en présence d'un tiers, leur permettant d'être plus conscients de l'acte qu'ils vont poser et de ses conséquences, pour eux-mêmes, comme pour l'enfant à venir".

4 - Existe-t-il des contre-indications psychologiques à l'I.A.D. ?

Pour GERSTEL, le désir d'I.A.D. est déjà un signe de perturbation psychologique et donc il n'y a pas que des contre-indications à l'I.A.D.

PASINI passe en revue les contre-indications d'ordre psychologique :

- les conflits conjugaux,
- une névrose importante et surtout une paranoïa chez le mari,
- des désirs discordants pour l'I.A.D.,
- chez la femme, un désir de grossesse pathologique, surtout chez les femmes de type "reine des abeilles" qui rejetteront le mari une fois enceinte.

Pour SIZARET et ENGEL il faudrait par une étude psychodynamique apprécier quel pouvoir paternel la femme laisse au conjoint, et comment le père situe son enfant par rapport à lui-même. Si ces investigations montrent une maturation insuffisante de l'un ou l'autre, il s'agit alors de contre-indication.

B - LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Quatre travaux seulement ont été entrepris sur le déroulement de la grossesse après I.A.D., avec une méthodologie et des perspectives très différentes.

BENEDEK (18), psychanalyste, publie en 1953 une étude sur les rêves des femmes pendant la grossesse qui suit une I.A.D. Ces rêves "traduisent l'angoisse née du conflit entre le désir passionné d'enfant et le rejet de l'insémination". "L'enfant est refusé parce que vécu comme incestueux et, de toute façon, conçu d'une relation coupable avec l'homme (donneur) et le médecin".

GERSTEL (58) en 1963, dit que quatre des cinq femmes qu'elle a suivies se sentaient extrêmement bien physiquement durant leur grossesse, qu'elles continuaient leurs activités physiques normales jusqu'au moment de l'accouchement, qu'elles portaient leurs vêtements habituels plutôt que des habits de grossesse jusqu'à ce que cela ne soit plus possible.

Elle pense que l'ensemble de ces réactions peut refléter un désir de dénier la grossesse, et même que l'activité physique augmentée de deux de ces femmes pendant la grossesse était un désir de provoquer une fausse-couche.

La seule de ces femmes qui ne s'est pas senti bien pendant sa grossesse a présenté des vomissements très sévères.

Cet auteur conclut "bien que sachant que ces symptômes ne sont pas l'apanage des femmes enceintes après I.A.D., je pense pouvoir montrer le désir évident de rejet de l'enfant de la part de ces femmes qui l'avaient consciemment si ardemment souhaitée".

Et pour elle, la racine de ces peurs est la perpétuelle crainte de dévoiler le secret, peur si forte que quatre de ces femmes ont refusé l'anesthésie seulement par peur de perdre tout contrôle et de divulguer leur secret pendant qu'elles étaient inconscientes.

LANGER (92) en 1969, dit que les grossesses se passent toujours bien et

que le taux de pathologie de la gestation est très bas comparé à celui de la population générale.

AMNON DAVID et DALIA AVIDAN (4) en 1976 étudient quarante quatre couples qu'ils séparent en trois groupes (d'importance non précisée) interviewés avant, pendant et après la grossesse. Le même questionnaire est utilisé pour ces trois groupes et comporte soixante questions réparties en six chapitres.

- 1/ Relations conjugales
- 2/ Attitude des hommes envers leur stérilité
- 3/ Opinion sur l'I.A.D. et l'adoption
- 4/ Sentiments et opinions concernant le donneur
- 5/ Le déroulement de la grossesse
- 6/ Attitude des patients envers le médecin.

La plupart des couples signalent une diminution significative des rapports sexuels pendant la grossesse. Un mari fait état d'un épisode dépressif au second et troisième trimestre. Cinquante pour cent des femmes se déclarent fières de leur grossesse et exagèrent délibérément leur lordose.

Les auteurs interprètent la diminution de la fréquence des rapports sexuels non comme une preuve de l'indifférence du mari mais, par comparaison avec un groupe témoin, comme la conséquence de la peur d'une fausse couche.

C - LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET SON CONTEXTE FAMILIAL

D'une façon générale, les psychiatres et surtout les psychanalystes apparaissent très réservés à l'égard de l'insémination artificielle avec donneurs. En revanche les urologues et les gynécologues produisent des statistiques qu'ils interprètent de façon optimiste.

PASINI (171) explique ces divergences en soulignant que les gynécologues considèrent les aspects conscients et que les analystes envisagent les complications d'origine inconsciente liées à la forte charge émotionnelle de l'I.A.D.

La première enquête est due à FARRIS et GARRISON (48) qui, en 1954, posent deux questions à chaque membre de 19 couples : "pourquoi avez-vous choisi l'I.A.D. plutôt que l'adoption ? - "désirez-vous avoir un autre enfant de cette manière ?". Les 38 réponses ont été, sans réserve en faveur d'une seconde I.A.D. Peu après STONE (158) affirme après avoir suivi 20 couples pendant plusieurs années, que "les maris ont mieux accepté l'enfant que s'il était venu d'eux-mêmes".

GERSTEL (58) en 1963 rapporte que les 5 femmes de son étude étaient déprimées pendant le post partum de façon très sévère et prolongée et refusèrent de s'occuper de leur enfant. Culpabilisées, elles ont ensuite surprotégé leurs enfants, ce qui a été défavorable à leur développement. Ces enfants ont tous eu des problèmes du comportement alimentaire (vomissements, coliques) durant toute leur première année, ce que GERSTEL relie à l'introjection de l'image d'une mauvaise mère dans leurs premiers mois. Ces enfants étaient tous rejetés par leur père. Ils étaient très conscients d'un grand secret familial. Et cet auteur conclut en constatant que le comportement des filles était moins perturbé que celui des garçons car elles pouvaient s'identifier à leur mère ; et que ces troubles de l'affectivité étaient liés à "l'injustice qui consiste à informer les enfants adoptés de leur origine et non les enfants nés d'une I.A.D.". "Le maintien du mensonge provoquant une altération grave de la communication entre les membres de la famille".

RUBIN (144) en 1965, en comparant un groupe d'enfants nés par I.A.D. avec

un groupe témoin montre qu'il n'y a pas de corrélation entre l'I.A.D. et les troubles infantiles tels que l'énurésie, le somnambulisme et les cauchemars. Par contre, il note une différence significative dans les fantasmes des mères à propos de la ressemblance de leur enfant et un si fort déni des pensées envers le donneur qu'il montre l'importance des défenses que RUBIN relie à la peur de l'inceste.

En 1967, LEVIE (100) adresse 116 questionnaires à 58 couples, parents de 81 enfants nés après I.A.D. et reçoit 110 réponses. 7 de ses couples sont également parents d'enfants nés naturellement avant le mariage ou la stérilité, et 4 d'enfants nés après la guérison de la stérilité. Le questionnaire comporte 15 questions et nous relevons dans le tableau n° 1 les plus significatives ainsi que leurs réponses.

TABLEAU N° I

EXTRAIT DE L'ENQUETE DE LEVIE (1967)

4 - Votre (vos enfant (s) correspond (ent) il (s) à votre désir ? Sinon comment aurait-il du être ?	OUI / NON 110
5 - Est-il ou sont-ils en bonne santé ?	Physiquement OUI / NON 109 1 (décédé) Mentalement OUI / NON 109
6 - Que pensez-vous de l'absence éventuelle de ressemblance avec l'un des deux parents ?	Sans importance 97 Gênant 3 Très gênant 1
9 - Pensez-vous que la venue de ce (ces) enfant (s) a influencé votre joie de vivre ?	Dans le sens 109 Oui d'une augmentation
14 - Placés dans les mêmes circonstances mais sachant ce que vous savez- votre choix serait-il le même ?	OUI : 105 (les oui sont fréquemment soulignés ou suivis d'un point d'exclamation) NON : 1 SANS OPINION : 4

IIZUKA et Coll. (75) en 1968 impressionnés par le grand nombre de couples demandeurs d'une seconde et même d'une troisième insémination, entreprennent une étude sur le développement physique et mental des 54 enfants nés par I.A.D. avec sperme congelé. Les enfants observés ont un Q.I. plus élevé que celui des enfants témoins ; leur développement physique (taille et poids) n'est en aucun cas inférieur. Le développement intellectuel des enfants est fortement influencé par l'environnement familial et est comparable ou supérieur à celui des enfants témoins. LANGER (92) en 1969, après avoir suivi 77 enfants nés d'I.A.D. pendant une dizaine d'années, ne signale aucun problème psychologique particulier.

Les auteurs que nous citerons maintenant font état de travaux plus réduits ou même seulement ébauchés. CARRY (24) en 1948, écrit qu'il a obtenu des résultats encourageants. RUTHERFORD et BANKS (145) en 1954, comparant des familles d'enfants adoptés et d'enfants nés par I.A.D. affirment que les résultats sont identiques dans les deux cas ; en revanche, HAMAN (66) la même année, affirme que l'adoption pose beaucoup plus de problèmes que l'I.A.D. et se prononce nettement en faveur de cette dernière comme traitement de la stérilité masculine. JACKSON (77) en 1957, après avoir gardé des contacts avec de nombreux patients, conclut de ses observations que "les enfants sont en dessus de la moyenne, physiquement et mentalement, avec une seule exception" ; TEKAVCIC (156) en 1973, partage cette opinion. GUTTMACHER (63) en 1960, rapporte que sur 340 femmes inséminées, 4 eurent des problèmes et 2 devinrent psychotiques dans les suites de l'I.A.D. KLEEGMAN (82) en 1966 écrit que d'après son expérience, "les bénéficiaires d'un traitement par I.A.D. sont les plus heureux des parents". MARIE PICHEL WARNER en 1974 fait état de contacts avec 201 couples pendant 6 ans après l'I.A.D. et dit que 9 des épouses ont exprimé le regret d'avoir pratiqué l'I.A.D.

3 fois des maris se sont opposés à une seconde naissance par I.A.D.

Sur 5 couples ayant divorcé après les grossesses, un seul père refusa de payer la pension alimentaire pour son enfant.

D - LES RELATIONS ENTRE LES DEUX PARENTS APRES LA NAISSANCE DE L'ENFANT

Ce chapitre sera sommaire en raison du petit nombre d'études sur ce thème et de leur caractère superficiel.

LEVIE (100) en 1967, à la question numéro dix de son questionnaire (voir page 18) : "la naissance de votre enfant a-t-elle eu une influence sur votre vie conjugale ? a obtenu les réponses :

- la même qu'avant : 64
- meilleure : 46
- moins bonne : aucune réponse.

Pour l'auteur, l'assertion que l'I.A.D. serait dangereuse pour le mariage se révèle ainsi sans fondement.

LANGER (92) en 1969 signale un seul divorce chez les soixante trois couples qu'il a étudiés, mais affirme que cette séparation n'était pas une conséquence de l'I.A.D.

TEKAVCIC (156) en 1973 et AMNON DAVID et DALIA AVIDAN (4) en 1976 assurent que les mariages ont été consolidés et améliorés.

En somme aucun auteur ne signale une perturbation de la relation entre les deux parents après la naissance de l'enfant obtenu par I.A.D.

E - QUELQUES REFLEXIONS MEDICALES SUR L'I.A.D.

Quelques auteurs, opposés à la pratique de l'I.A.D., et pour cette raison, sans expérience personnelle, ont tenu à communiquer à des revues médicales leurs réflexions sur l'insémination artificielle. Nous avons relevé quelques unes des principales raisons d'opposition à l'I.A.D.

Pour LOUROS (102) en 1973, l'I.A.D. est "illogique puisqu'elle est justement opposée aux conditions biologiques et sociales du mariage" et ce chirurgien développe son point de vue en énumérant quelques terrifiantes conséquences de l'I.A.D. : naissance d'un enfant illégitime, proxénétisme médical, incitation de la mère à la débauche, incitation du père nourricier à l'infanticide, incitation de l'enfant au parricide... La conclusion est qu'il est urgent, en se fondant "sur la compétence de la morale élevée et de la déontologie de la gynécologie" d'"abolir l'acceptation légale de l'insémination hétérologue".

En ce qui concerne le donneur, LOUROS s'inquiète du "caractère que l'enfant héritera d'un homme qui dispose de son sperme en dépit de sa responsabilité à l'égard de sa progéniture". Et SIZARET et Coll. (149) en 1976 s'interrogent sur la personnalité de "cet homme qui accepte de répandre des enfants lui ressemblant ... reniant ainsi la loi fondamentale de la paternité qui est d'inscrire son enfant dans une chaîne symbolique de perpétuation généalogique."

Le fantasme de l'inceste apparaît dans la plupart des publications, et SIZARET et Coll. en 1976 : "le fantasme d'une rencontre incestueuse avec un de ces produits (du donneur) ne surgira-t-il jamais ?".

"Ne voit-on pas déjà un risque pour les générations futures de voir inséminer une femme par son demi-frère et même par son père d'autant que, comme en médecine vétérinaire, une tendance se fait jour le fractionnement des éjaculations de façon à économiser au maximum "la semence" ; une même éjaculation peut inséminer plusieurs dizaines de femmes".

Quant à la mère, SIZARET et Coll. estimant que "récusant ou ignorant le père physiologique, elle se trouve dotée d'un pouvoir extraordinaire dont elle mesure mal quel pouvoir elle pourra faire plus tard".

F - COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

1 - Les méthodes

La plupart des publications concernant la psychologie des couples inséminés et de leurs enfants ne correspondent pas à des travaux rigoureux.

Nous distinguerons les enquêtes systématiques reposant sur un questionnaire (tableau II), les études correspondant à quelques cas ou les réflexions limitées à une revue bibliographique (tableau III) et les études psychodynamiques (tableau IV).

Les travaux réalisés à partir d'un questionnaire sont difficilement comparables entre eux car les protocoles et les sujets diffèrent. Nous éliminerons du commentaire les études de LOVSET et de VAN KEEP, citées à propos du désir d'enfant des couples stériles mais non demandeurs d'I.A.D. Quant à la forme, tout questionnaire nous paraît critiquable pour plusieurs raisons :

- l'envoi de lettres et le questionnaire avec choix des réponses nous paraît vraiment trop limitatif et approximatif ; limité puisqu'aucune information réelle ne sera abordée, on peut seulement infirmer ou confirmer certaines données. Les conclusions erronées ne sont certainement pas impossible étant donné la difficulté de choix entre des réponses très éloignées et les possibles interprétations de données.

- le questionnaire rempli par un psychologue perd l'aspect d'approximation, mais que peut-on ajouter sans gêne à une série de questions faites par un spécialiste ?

Le contenu et l'originalité de chacun des travaux va être passé en revue maintenant. Deux auteurs BEHRMAN et RUBIN ne se sont intéressés qu'à la psychologie des femmes. Le premier soumet les femmes au "Cornel medical health questionnaire" permettant seulement de détecter des signes de perturbations psychiques mais impropre à l'étude des facteurs psychologiques conscients ou inconscients entrant en jeu dans les motivations puis la réalisation de l'I.A.D.

Le questionnaire de RUBIN est assez superficiel. Pour l'étude de l'enfance par exemple : recherche de la perte d'un parent, de divorce, d'énurésie, de cauchemards, de jeux actifs ou passifs et du conte préféré. Sans analyser les questions posées, nous nous contenterons de nous étonner dans cette recherche de ne relever aucune question sur les rapports avec la mère, le père et la fratrie. Le développement et la maturité affectives ne sont pas explorées.

Dans le travail de LEVIE nous retrouvons le manque de liberté donné aux parents : les craintes, les difficultés, les doutes ne peuvent ressortir car tout le questionnaire repose sur des notions morales . Il est question de manque envers l'enfant, de conflits, d'influence de l'I.A.D. Et le nombre de remarques ajoutées au questionnaire que relate LEVIE traduit certainement l'insatisfaction devant leurs réponses, mais à part certaines personnes capables de décrire un peu leur vécu, la plupart des additifs font état des émerveillements des parents devant leur enfant.

L'étude de RIHACHI IIZUKA sur le développement de l'enfant est très rigoureux et l'établissement du quotient intellectuel permet de faire une comparaison significative avec le groupe témoin. Il est très intéressant de noter que ces auteurs se sont attachés à étudier certains paramètres influençant les résultats tel l'environnement culturel de chaque enfant. On peut seulement leur reprocher d'avoir laissé de côté tout le développement affectif de l'enfant et ses perturbations éventuelles.

Seul le questionnaire d'AMNON DAVID et DALIA AVIDAN est une approche des motivations de l'I.A.D. et de vécu de l'I.A.D. par le couple. Nous nous permettrons deux remarques sur leur travail :

- la division en trois groupes des couples étudiés pour l'exploitation des résultats est intéressante, mais nous aurions aimé trouver l'étude d'une même population traversant ces trois phases,

- les entretiens séparés, séduisant pour apprécier les facteurs de chacun dans le vécu de l'I.A.D., nous semblent écarter l'importance de l'appréciation du fonctionnement du couple par le psychologue. Le choix étant un choix de couple, ses conséquences à court ou à long terme sont plus directement liées au couple qu'au père ou à la mère pris séparément.

Il ne nous semble pas nécessaire de passer en revue les auteurs gynécologues qui ne citent que des résultats optimistes à partir de contacts épisodiques avec les parents ou les auteurs analystes qui, comme HEIMAN, dissertent à propos d'un cas d'un mari suivi en analyse pendant les I.A. de sa femme.

Les trois revues bibliographiques importantes paraissant dans le tableau III sont le fait d'analystes. Seul PASINI s'attache aux différents aspects psychologiques de l'I.A.D., et après chaque rappel des différents avis prend position. La bibliographie de RUBIN et son questionnaire servent d'éléments à son argumentation sur le tabou de l'inceste, moteur de toutes les passions entourant l'I.A.D. WATTERS et SOUZA POZA tirent des conclusions très moralisatrices : il faut que le psychiatre sélectionne ses couples et donne son accord seulement lorsque l'adoption est impossible.

BENEDEK, qui a beaucoup étudié la fonction de maternité et les facteurs inconscients du désir d'enfant chez la femme et chez l'homme, ne pense pas que l'I.A.D. soit beaucoup plus perturbatrice sur le couple qu'une première grossesse, mais que de nombreux éléments sont conscients et que le couple doit faire tout un travail fantasmatique, qui ne peut être que bénéfique.

Le travail de GERSTEL nous paraît à tempérer par le fait que cette étude est réalisée sur cinq familles seulement, dont on peut douter qu'elles soient un bon échantillon des couples receveurs d'I.A.D. Il nous semble d'autre part que certains arguments de GERSTEL sont parfois abusifs : le fait pour les femmes enceintes de se sentir bien physiquement, de ne pas porter des vêtements de grossesse tant que ce n'est pas indispensable, de ne pas réduire ses activités physiques ne nous semble ni rare, ni lié obligatoirement à un déni de la grossesse. Enfin la conclusion de cet auteur est extrêmement moralisatrice, elle n'hésite pas à parler d'injustice pour les parents adoptants qui sont sélectionnés par les psychiatres alors que les demandeurs d'I.A.D. ne le sont pas, d'injustice entre l'enfant adopté qui connaît son origine et l'enfant conçu par I.A.D. qui ne le sait pas.

Piet NIJS fait un texte brillant sur les aspects psychosomatiques de l'I.A.D. mais il n'analyse en fait que les différents éléments psychologiques mis en jeu par la stérilité masculine et l'I.A.D. Nous nous étonnons de ne trouver aucun élément précis sur son expérience, sa méthode de travail : tout est secret (nombre de couples, entretiens ?). Notre commentaire se bornera à vous livrer cette phrase : "A l'annonce de la stérilité, le couple subit une période de désarroi, perplexité (une semaine), de révolte, de doute de soi-même (2 à 3 semaines), de dysfonction sexuelle (2 à 3 mois) avec réactions dépressives parfois (6 mois) et le couple arrivera à s'ouvrir à de nouvelles possibilités de vie".

Là aussi l'homme de foi semble prendre le pas sur la rigueur du psychiatre : la conclusion est que : "il faut que le couple se DONNE et ne PRENNE pas cet enfant qui va incarner la relation conjugale".

SIZARET et ENGEL font une étude prospective dans une optique psychanalytique essentiellement lacanienne que nous ne discuterons pas. Cependant, nous sommes un peu étonnée de lire que : "L'ignorance concernant les qualités du donneur" ne puisse pas entraîner une anxiété pour le couple receveur !... Notre pratique nous a montré l'importance de cette question pour le couple.

2 - Les résultats

L'étude de BEHRMAN n'apporte rien sur les facteurs psychologiques entrant en jeu dans l'I.A.D. puisqu'il affirme seulement que la demande ne provient pas de femmes perturbées. Il est regrettable qu'il ait abandonné les entretiens psychiatriques systématiques sans avoir cherché la signification de la résistance des femmes à cette rencontre.

L'article de RUBIN, à part sa très intéressante étude bibliographique ne permet que de confirmer les travaux de BEHRMAN.

Dans les questionnaires de LEVIE et de FARRIS et GARRISON, nous ne retenons que le désir des couples d'une nouvelle insémination qui traduit l'expression réelle de leur satisfaction.

Le travail de RIHACHI IIZUKA est très intéressant pour les résultats chiffrés et comparés avec un groupe témoin, du développement physique, moteur et mental des enfants. Ils font la preuve que la supériorité des enfants inséminés n'est pas dépendante du Q.I. des donneurs, mais sensible à l'environnement et liée à la très grande attention des parents pour leurs enfants si désirés.

L'originalité du travail d'AMNON DAVID est de montrer la culpabilité des femmes devant la stérilité de leur mari, et la situation très difficile à vivre par ces épouses accusées de stérilité par l'entourage, désireuses de maternité et aimant leur mari.

Nous ne noterons dans la communication de Roger MISES que : "l'importance de l'évolution des mentalités permettant au couple de dissocier paternité et fertilité" ceci est certainement lié au recrutement sociologique de leur étude.

En fait, après cette revue bibliographique, de nombreux problèmes restent à poser : comment les couples ont-ils choisi l'I.A.D. ? Quel était le plus motivé de l'homme ou de la femme ? Pourquoi, comment le couple a-t-il vécu la période des inséminations, puis la grossesse, l'accouchement et la naissance ?

TABLEAU N° II : LES ENQUETES SYSTEMATIQUES SUR LA PSYCHOLOGIE DE L'I.A.D.

AUTEURS ET REVUES	NOMBRE DE CAS ETUDIES	ENVOI DE LETTRES	INTERVIEWS	NOMBRE DE QUESTIONS POSEES	PRINCIPAUX THEMES ABORDES
BEHRMAN 1961	25 FEMMES		Par un Psychiatre		Motivations pour I.A.D. Très forte résistance des femmes à cet entretien
BEHRMAN 1961 in Int. J. Fertility	101 FEMMES			Cornel Medical Health question.	Recherche de perturbation psychique notable ou de trouble névrotique important
FARRIS & GARRISON 1964 in Obstetrics & Gynecology	19 COUPLES	38 LETTRES		2	- Pourquoi avoir choisi l'I.A.D. ? - Voulez-vous un autre enfant par I.A.D. ?
RUBIN 1965 Archiv of general psychiatry	43 FEMMES	85 LETTRES 43 REPONSES		30	- enfance, adolescence, grossesse des femmes inséminées - sentiments à propos des donneurs
LEVIE 1967 in Eugenics review	58 COUPLES	116 LETTRES		15	- rapports avec l'enfant - opinion sur le secret
RIHACHI IZUKA & Col. 1968 in International J. of Fertility	44 ENFANTS		Etude personnelle avec établ. du Q.I.		- étude du développement de l'enfant par rapport à l groupe témoin
TEKAVIC 1973	100 COUPLES		questionn.		Relation parents-enfants Joie des parents, pas de conflits
MILLET	111 COUPLES		questionn.		Etude/adoption. Adoption envisagée ou en cours dans 26 % impossible dans 12 % refusée dans 60 %
AMNON DAVID & Coll. 1976 in Fertility & sterility	44 COUPLES		par psychologue	60	- relations congales ; -attitude des époux envers leur stérilité ; -opinion sur l'I.A.D., à propos des donneurs ; -vécu de la grossesse ; -attitude des parents envers leur médecin

TABLEAU N° III : ETUDES DE PSYCHOLOGIE DE L'I.A.D. LIMITEES

A QUELQUES CAS ET REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

AUTEUR	Nb de cas étudiés	Etude - Thèmes
CARY 1948	35 cas	
RUTHERFORD & BANKS 1954	20 couples	Très bonne acceptation de l'enfant par le mari
HAMAN 1954	216 cas	Les enfants posent moins de problèmes que les enfants adoptés
JACKSON 1957		
GUTTMACHER 1960	340 femmes	Dans les suites : 4 névrotiques 2 psychotiques
RUBIN 1964		Bibliographie intéressante
HEIMAN 1966	1 cas	
WATERS & SOUZA POZA 1966	1 cas	Besoin d'un psychiatre pour étude de maturité du couple. Bibliographie
LANGER 1969	77 cas	Pas de problème psychologique spécial ni avec parents ni avec enfants
COHEN 1972		Le gynéco doit exprimer de manière neutre les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes
Marie PICHEWARNER 1974	201 cas	
PASINI 1974		Plus grande liberté de choix pour les parents : adoption, ne pas avoir d'enfant ou I.A.D.. Bibliographie

TABEAU N° IV : PRINCIPAUX THEMES ABORDES PAR LES ANALYSTES AU SUJET DE L'I.A.D.

AUTEURS ET REVUES	TITRES	THEMES ABORDES
BENEDEK	1953 Some Emotional Factors in Infertility	Rêves des femmes pendant I.A.D.
	1959 Parenthood as developmental phase	Rêves des femmes pendant grossesse, après I.A.D.
	1960 Organisation of reproductive drive	La forte charge émotionnelle de l'I.A.D. est à un niveau conscient ce qui se passe chez tous au moment d'une naissance
GERSTEL 1963	A Psychoanalytic view of I.A.D.	Désir d'enfant de l'homme et de la femme en faveur de l'I.A.D. qui permet pleinement
	5 cas	A partir de psychothérapie de 5 familles dans laquelle I.A.D. GERSTEL pense que demander une I.A.D. révèle des perturbations, que les mères ont fait des dépressions, que les enfants ont des troubles du caractère.
SIZARET-ENGEL 1976	Réflexions sur les incidences psychologiques ou psychopathologiques de l'I.A. par donneur hétérologue	Résumé- les auteurs envisagent d'une manière prospective les possibilités psychopathogènes de l'I.A. avec D. vis-à-vis du donneur, de son conjoint, du couple receveur. Ds une optique lacanienne : étude préalable des personnalités et des motivations
NITS PIET 1976	Aspects psychosomatiques de l'I.A.	Etude des différentes étapes à franchir, le couple stérile avec étape de deuil : puis séparation sexualité et procréation puis étude des motivations
BRIGUET-LAMARRE 1976	Entretien psychologique avec des couples demandant l'I.A.D.	- Vécu de la stérilité par le mari - Vécu de la stérilité du mari par la femme - Incidences de cette stérilité dans relation du couple & demande d'I.A.D.
MISES Roger 1976 Communication du 11 Nov. 1976	Approche psychologique de l'I.A.D.	Plus de 300 couples vus en entretien non directif par un psychanalyste - pas de troubles mentaux caractérisés - fonction réparatrice de l'I.A.D. pour les maris - secret: opinions variables des utilisateurs.

LES COUPLES ETUDIES

Cette étude concerne les couples traités au centre et ayant obtenu une grossesse (en cours, interrompue ou suivie d'une naissance). Il nous arrivera aussi de faire référence aux couples vus systématiquement en entretien psychologique avant l'I.A.D. depuis 9 mois.

Par discrétion, nous n'avons pas contacté les couples qui ont abandonné ce traitement. Cependant, nous pensons que quelques uns de ces abandons cachent des grossesses ; ce problème sera abordé dans l'étude du vécu du secret. D'une façon plus générale, les entrevues avec tous les couples demandeurs permettront ultérieurement une étude des facteurs psychologiques liés à l'abandon.

Nous avons rencontré 42 couples après réussite de l'I.A.D., 35 autres couples ont été vus avant le traitement par I.A.D. pour l'étude du vécu de la stérilité et des motivations du choix de l'I.A.D.

Origine sociale des couples :

L'échantillonnage étudié comprend :

- 2 % d'agriculteurs,
- 23 % d'ouvriers,
- 61 % employés, instituteurs, cadres moyens, artisans,
- 12 % professions libérales,
- 10 % de femmes sans profession.

Si nous comparons cet échantillonnage avec celui de la population générale donné dans les études statistiques de l'I.N.S.E.E. en 1968 (53)

- 12 % agriculteurs,
- 37 % ouvriers,
- 30 % cadres moyens, employés, instituteurs, assimilés,
- 16 % professions libérales,
- 7 % autres,

et sachant que la diminution du nombre des agriculteurs est nette et

progressive, nous constatons en premier lieu que toutes les fractions de la population sont représentées. Nous avons même des ouvriers immigrés magrébins. Par ailleurs, la classe moyenne forme le plus grande partie de la population recourant à l'I.A.D. Les agriculteurs seuls paraissent très réticents vis à vis de cette technique. Les rencontres avec 2 couples d'agriculteurs et d'instituteurs de la campagne nous ont confirmé que cette réticence est liée à plusieurs facteurs spécifiques du monde rural dont le premier est la répugnance des hommes à consulter pour un problème de stérilité et à plus forte raison d'accepter un spermogramme et la non moins importante banalité de l'I.A. qui est "pour les vaches".

L'âge : l'âge des femmes varie de 24 à 39 ans ; celui des maris est compris entre 24 et 45 ans.

La religion : sur le nombre de couples rencontrés, elle ne paraît pas déterminante dans le choix de l'I.A.D. : 6 se déclarent athés, 4 catholiques pratiquants et militants, les autres sont catholiques ou protestants de tradition plus ou moins affirmée ; et nous avons rencontrés 3 couples musulmans, mais sans pouvoir distinguer le rôle de la religion de celui d'un code social où la fertilité est la gloire et la plus grande richesse de l'homme.

La géographie : la géographie des lieux d'habitation correspond à la plus grande partie de la région Rhône-Alpes et du centre de la FRANCE ; 25 couples habitaient LYON ou la proche banlieue, 26 couples vivaient dans une ville d'importance moyenne et 26 couples étaient domiciliés dans de petites villes, bourgades ou isolés à la campagne.

Essai d'une classification des couples : nous avons en fonction des données chronologiques, distingué 3 groupes de couples (tableau n° V) : 36 couples seulement figurent dans ce tableau, 6 couples n'ayant pas fourni les renseignements nécessaires.

- les couples informés de leur stérilité dès le début de leur vie commune,
- les couples qui n'ont jamais pratiqué de contraception, essayant ou n'évitant pas d'avoir un enfant dès le début de leur vie commune,
- les couples qui ont essayé d'avoir un enfant après une période plus ou moins longue de contraception.

Groupes	Nombre de couples	Age moyen	Nombre d'années de vie commune avant la décision d'I.A.D.	Nombre d'années de contraception	Nombre d'années sans contraception	Délai entre la connaissance de la stérilité et la décision d'I.A.D.
I Stérilité connue dès le début de la vie commune	4		5 Paraplégie 13 Pb génétique 4 Klinefelter 0 Post-chirurgicale	0 13 0 0	5 0 5 3	5 13 Moyenne = 4 5,5 ans 0
II Pas de contraception stérilité découverte après quelques années de vie commune	15 10	Homme 35,4 Femme 30 Homme 29,1 Femme 26,4	M = 9,33 M = 4,1	0 0	M = 10,8 M = 4,8	M = 6 ans M = 2,6 ans
III Stérilité découverte après arrêt de la contraception	7		M = 6,71	M = 1,71	M = 5	M = 2,43 ans

TABLEAU N° V : CHRONOLOGIE DE LA DECISION DE RECOURS A L'I.A.D.

Ce tableau met en évidence que le laps de temps nécessaire à l'acceptation de la stérilité et à l'acceptation de l'I.A.D., est en moyenne de 2 ans 1/2 pour les couples jeunes et désirant un enfant dès le début de leur vie commune et pour les couples qui ont utilisé un moyen de contraception pendant quelques années.

Le groupe I n'est constitué que de 4 cas non comparables. L'homme paraplégique a essayé pendant 4 ans des éjaculations électriques pour faire une I.A.C. Un couple a pratiqué une contraception que l'on pourrait appeler "stérilité volontaire" à cause de l'idiotie familiale transmissible. Enfin un couple avait décidé avant son mariage d'avoir recours à l'I.A.D. après la fin de leurs études.

Dans le groupe II, nous avons été obligé de distinguer 2 sous-populations. Il apparaît que pour un grand nombre de couples dont l'âge moyen est supérieur à 30 ans, la décision pour l'I.A.D. a été longue : 6 ans en moyenne. Nous supposons que cette distinction en 2 groupes traduit le passage récent de l'I.A. de la clandestinité à l'officialisation ; les médecins, les médias parlent de l'I.A. et cet acte est moins culpabilisant qu'il y a 10 ans.

Ces commentaires doivent être complétés par les remarques suivantes :

- lorsque nous parlons de contraception, il s'agit de chimiothérapie ou de moyens mécaniques car nous n'avons pu faire préciser à certains couples déclarant "avoir fait attention" s'il s'agissait de contraception ou de laisser faire le hasard décider de l'arrivée de l'enfant.

- il n'existe pas de relation évidente entre l'âge des conjoints au moment du mariage et la longueur du délai de réflexion avant la décision d'I.A.D.

- le rôle des médecins consultés est souvent déterminant, les couples sont souvent prévenus tardivement du caractère définitif de leur stérilité après des traitements prolongés. Interrogés sur l'opportunité ou les modalités de l'I.A.D., les praticiens refusent fréquemment de répondre ou apportent seulement un avis personnel et moral.

Nous pensions, avant d'entreprendre cette étude, que la dissociation sexualité/procréation, nécessaire à la pratique d'une contraception était un facteur permettant au couple de se décider plus facilement pour l'I.A. Ceci se confirme par le délai moyen entre la connaissance de la stérilité et la décision

d'I.A.D. qui est le plus bref pour ce groupe. MISES (117) estime même que les couples jeunes actuellement font facilement une distinction "fertilité-paternité" grâce à l'évolution des mentalités. Il nous semble que l'I.A. est actuellement le seul moyen pour ces couples d'avoir un enfant et que leur décision rapide révèle l'absence d'alternative car l'adoption est pratiquement inaccessible à un couple jeune.

Il nous faut enfin insister sur l'originalité de la population étudiée qui, constituée de couples dont le mari seul est stérile, représente le terme d'une "sélection" en plusieurs étapes. De la connaissance de la stérilité du couple à la décision d'I.A.D. se produisent de nombreux abandons diversement motivés : refus du spermogramme, choix de l'adoption, refus de l'I.A.D., non connaissance de l'I.A.D., recours à une insémination naturelle clandestine...

L'ENQUETE

A - LA PRISE DE CONTACT

Elle a été réalisée par envoi de lettres aux couples concernés.

La première série (annexe n° 1) comportait 3 types de lettres pour les couples avec enfants, en cours de grossesse, ou déçus par une fausse couche. Nous annonçons que nos travaux de recherche demandaient une étude psychologique et proposons un entretien avec un médecin, leur laissant choisir comme lieu de rencontre leur domicile ou l'hôpital. 35 lettres ont reçu 10 réponses. Après avoir pris l'avis des premiers couples rencontrés, nous avons rectifié nos textes pour respecter le maximum de discrétion. Nous avons supprimé les termes d'insémination artificielle avec donneurs, pour ne plus parler que d'étude du vécu psychologique de la grossesse, de la fausse couche ou de la petite enfance. Les enveloppes étaient blanches, écrites à la main, sans aucun tampon de l'hôpital. A ce deuxième type de demandes, nous avons reçu 35 réponses sur 60 couples contactés.

En définitive, sur 70 demandes d'interviews, 45 réponses positives, 18 non réponses, 2 refus catégoriques, 2 fausses adresses, 3 acceptations différées. Nous n'attendions pas autant de réponses positives. Ce vif étonnement de l'équipe chargée des inséminations, devant ce fait nous paraît être une des manifestations de défense des médecins qui n'assument pas encore complètement l'I.A.D. et souhaitent plus ou moins nettement l'interruption des rapports avec les couples inséminés. Nous ne nous sommes pas proposé dans ce travail d'aborder l'étude de la psychologie des médecins impliqués dans l'I.A.D.

Le besoin de parler de ces couples, avec un tiers au courant de leur secret, se réassurer peut-être est à l'origine des nombreuses réponses. Toujours a été souligné le plaisir de parler de "ça" étant donné l'impossibilité de partager le secret avec l'entourage : "nous n'en parlions plus mais nous y pensions, c'est bien d'en avoir parlé". Cet intérêt pour notre étude et le besoin de

parler de ces couples est particulièrement démontré par la demande de rencontre d'un couple persuadé que la naissance de leur enfant n'est pas le fruit de l'I.A. mais bien du mari oligospermique.

Etonnement aussi de notre part de voir 37 fois le couple et 5 fois seulement les femmes seules. La seule référence au couple dans notre lettre était l'adresse à Monsieur et Madame. Les rendez-vous étaient souvent pris à des heures contraignantes, tard le soir ou le samedi, pour pouvoir rencontrer les deux époux. L'insémination est donc vécue par les personnes rencontrées comme un problème de couple.

Les absences de réponses correspondent soit à un désir d'oublier cette étape de leur vie, soit surtout à la volonté délibérée de maintenir un secret strict.

Les refus se rationalisent tous autour du secret, thème le plus souvent et le premier abordé comme nous le verrons plus loin.

CAS N° 1 : un père, dès la réception de la lettre fit 300 kilomètres pour expliquer au centre que tout allait bien chez lui et qu'habitant un tout petit village, il ne pouvait nous recevoir car tout se saurait. Depuis le début du traitement, cet homme avait demandé, ce qui est rare, que les enveloppes soient totalement anonymes car travaillant aux P.T.T., il était persuadé que ses collègues pouvaient lire "stérilité masculine" ou "I.A.D." à travers le tampon "laboratoire de biologie de la reproduction".

CAS N° 2 : une lettre d'une jeune femme enceinte expliquant qu'elle et son mari travaillaient et vivaient avec ses parents, que chaque voyage pour l'I.A. leur avait demandé de nombreux mensonges pour "s'absenter librement" et que maintenant ils voulaient oublier ce "véritable cauchemard", cette "souffrance morale", cette "mauvaise aventure".

Ces deux cas illustrent de manière assez schématique deux éléments importants du secret de l'I.A. qui sont la peur sociale et la culpabilité. Le secret est donc la traduction de la culpabilité. Nous rapprocherons des refus trois lettres renvoyées pour fausse adresse, assurance supplémentaire de la part de ces couples de tenir l'origine de la naissance de leur enfant secrète.

Trois couples ont demandé un rendez-vous, sans cesse mais très poliment

remis. Ces gens étaient tous de milieu social élevé (dentiste, sous-préfète, Madame de...) et de par cette position "ne pouvaient avoir de problèmes psychologiques".

On peut s'étonner qu'à même de comprendre ce qu'est une étude psychologique, ils traduisent "problèmes" et refusent de nous rencontrer...

En revanche, un couple dont on n'avait plus de nouvelles depuis le début de la grossesse nous a répondu, reçu et appris que leur enfant avait 18 mois. Celui-ci malformé à la naissance (hernie diaphragmatique gravissime), opéré plusieurs fois, les avait longtemps inquiétés. Culpabilisés par la belle-mère, au courant du traitement et triomphante à la naissance "vous voyez bien !", ils ont réagi en prenant totalement en charge leur enfant, ne parlant jamais de l'I.A. aux pédiatres, ne prévenant pas le centre de cette malformation. Ils ont ainsi assumé seuls "leur faute". Maintenant que l'enfant est en bonne santé, ils commencent à formuler "le sperme congelé, ça peut peut-être avoir des conséquences?".

B - LA RENCONTRE

Nous avons visité 36 couples à leur domicile (°) parfois lointain, à leur demande, 9 couples seulement ont été vus à l'hôpital et nous remarquons que le lieu de prise de contact n'était pas seulement déterminé par des problèmes de distance ou d'occupation car des couples lyonnais habitant à 300 m de l'hôpital nous ont invité chez eux, et deux couples, de CHAMBERY et de CLERMONT-FERRAND, avec un nourrisson ont pris une journée pour venir nous voir à LYON.

Les couples partisans de la rencontre à domicile ont souvent fait remarquer qu'ils se sentaient plus à l'aise, qu'ils pouvaient vraiment parler, que nous recevant, ils ne se sentaient pas en position d'infériorité. Certains ont précisé qu'ils n'auraient pas accepté d'autre formule. Tous les autres interviews se sont continués par une discussion plus large et même souvent par une invitation à partager leur repas quand nous étions en déplacement lointain. Ne pas faire déplacer un médecin envers lequel ils se sentaient reconnaissants du succès de

(°) les visites correspondent à 20 000 kms de trajet.

l'I.A. était le motif consciemment exprimé pour venir à l'hôpital. Alors que certains couples se sentaient plus à l'aise chez eux, d'autres préféraient nous rencontrer dans le contexte habituel et maîtrisé de la consultation médicale, ce que confirme leur proposition de paiement.

Quatre couples ont dit au début de l'entrevue qu'ils acceptaient cet entretien uniquement pour aider d'autres couples à l'avenir. Une dizaine ont manifesté d'emblée leur plaisir de nous rencontrer, à ne pas être anonyme ou oublié, de savoir que quelqu'un pouvait parler avec eux s'ils en avaient besoin. Le plus grand nombre a seulement dit qu'ils jugeaient notre étude importante et la longueur des entretiens (moyenne 1 h 15) montre bien ce besoin de parler de ce problème.

En conclusion, il ressort que le problème de ces prises de contact a le plus souvent été le vécu ambivalent du secret. Il nous faut constater que des contraintes supportées pendant les inséminations n'étaient plus acceptables ensuite, comme le courrier frappé du tampon "laboratoire de biologie de la reproduction", mais qu'en contre partie, le désir de parler leur faisait prendre des risques par notre visite : il a été quelquefois obligatoire de prévoir un petit scénario au cas où un membre de la famille ou des amis arriveraient en visite impromptue.

C - L'ORGANISATION DES ENTRETIENS

1 - Le choix du mode d'approche de l'interview

Après des contacts avec des psychologues travaillant sur la stérilité à l'aide d'un questionnaire et d'autre part avec des psychiatres réfléchissant sur la filiation, nous pensions que l'interview était la technique la plus adaptée à notre sujet.

En effet, pour tenter d'analyser le vécu de l'I.A., il faut le cerner à travers les modèles culturels et les représentations qui s'y rattachent, les couples rencontrés étant des interlocuteurs particuliers mais à priori représentatifs de la culture à laquelle ils appartiennent.

L'entretien non directif, à notre avis, permettrait l'accession à un niveau plus profond où pour l'individu, son histoire personnelle et l'histoire

sociale se rejoignent par la liberté laissée aux personnes interviewées ; d'autre part, nous pensions que ne pouvant intellectualiser leurs propos, ceux-ci seront plus significatifs au simple niveau affectif.

2 - Le protocole

Le terme psychologique étant introduit dans la lettre de prise de contact, nous commençons l'entretien par une brève explication sur "nos recherches que nous orientons actuellement sur l'aspect psychologique de l'I.A. car notre pratique nous fait penser qu'actuellement de nombreux problèmes et insuccès de l'I.A. sont plus du ressort du psychologique que du médical ou biologique". Nous réassurons le couple sur le secret médical inviolable et de l'anonymat de nos notes. Certains couples ont proposé spontanément à la fin de l'entretien de témoigner de leur expérience si nous faisions un film après notre étude. Nous demandions alors à nos interlocuteurs de s'exprimer librement sur l'I.A. : pourquoi l'I.A., comment avaient-ils vécu leur problème de vouloir un enfant depuis le début de leur vie commune et ce qu'ils en pensaient maintenant.

Les entretiens étaient le moins directif possible afin de laisser s'exprimer les préoccupations que nous n'aurions su deviner. Et donc nous ne parlions que pour faire préciser un point ou relancer la conversation.

Les trois premiers entretiens n'ont pas du tout été dirigés, nous n'avons pas nous-mêmes abordé de thèmes que les couples passaient sous silence. Nous prenions des notes très précises : ce qui est dit et par qui (l'homme ou la femme). Un de ces entretiens a été enregistré au magnétophone pour contrôler nos interventions. Après leur étude, nous avons décidé de mener les entretiens en deux temps :

1/ Opinion des couples sur l'I.A.D. par l'expression spontanée

2/ Après, nous explorions systématiquement certains thèmes ou conditions sociologiques et leurs influences possibles sur l'I.A.D. telles que la religion, la chronologie de l'histoire de la stérilité, les motivations pour l'I.A.D. plutôt que pour l'adoption.

Nous avons sans cesse fait et refait un questionnaire tout au long de notre étude car chaque interview nous dévoilait un nouvel aspect du vécu de ces couples qu'il aurait été impossible de mettre en évidence avec un questionnaire systématique et artificiellement limitatif. Mais le questionnaire n'était qu'un guide pour nous après le premier temps et nous lançons seulement les thèmes laissant les personnes associer librement.

Cependant, avec cette technique, le thème de la vie sexuelle par exemple, n'a été que rarement abordé et seulement par des couples qui demandaient un conseil ou une aide précise.

L'entretien semi-directif avec prise de notes très précises nous paraît offrir deux possibilités particulièrement intéressantes :

- l'étude du fonctionnement du couple, c'est à dire qui parle ? et de quoi ? qui intervient ou se tait ?

- l'étude à travers nos notes non seulement des niveaux conscients mais aussi d'une partie du non-dit.

Nous avons enregistré cinq interviews et le magnétophone n'a jamais paru gêner ni changer le discours du couple. Nous n'avons cependant pas employé le magnétophone systématiquement car le travail nécessaire à la lecture des bandes était beaucoup trop important pour nous et ne pouvait être réalisé que par une équipe.

Au fur et à mesure des interviews, l'avis des couples eux-mêmes sur nos entretiens nous a confirmé l'intérêt de ce type d'interviews et les couples ont souvent précisé que la possibilité de parler librement leur permettait de parler des questions importantes pour eux mais qu'ils ne pouvaient formuler habituellement au cabinet du médecin : "avec vous, nous a dit un homme, on a pu dire ce que l'on se dit habituellement dans l'escalier, la rue ou la voiture après la rencontre avec le médecin".

Les difficultés vinrent quelquefois de l'image que les couples avaient de nous, médecin du CECOS, pendant l'interview. Il leur paraissait toujours important de parler de l'I.A., du CECOS et beaucoup moins de leur famille par exemple à propos du secret.

Et à l'inverse, après l'interview proprement dite, le partage du secret vis à vis de l'I.A. les entraînait souvent à des confidences passionnantes ou à une discussion sur d'autres thèmes : la médecine et la relation médecin-malade, l'éducation des enfants, la psychologie des enfants, le travail de la femme.

Ce temps plus ou moins long a permis aussi de rectifier certaines idées fausses, d'apporter des informations supplémentaires et quelques fois d'avoir une prétention thérapeutique.

LA METHODE D'ANALYSE

A - L'ANALYSE DU CONTENU

Nous nous contenterons d'une définition de l'analyse de contenu, sans pouvoir aborder le problème, qui déborderait notre sujet, des postulats qui nous tendent cette technique :

"l'analyse de contenu est une technique de recherche qui a pour objet une description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication" in FESTINGER et KATZ, p. 484 (52).

Sur nos interviews, une première lecture sera faite du contenu manifeste des idées émises par les personnes interviewées ; cette analyse se résume techniquement à un classement de l'information : elle sera de type thématique, c'est-à-dire qu'elle enferme une certaine séquence de l'interview dans une catégorie.

"Dans les cas d'interviews, la méthode d'analyse de contenu se réduit à des analyses par thèmes" RAYMON H. (140).

Dans un deuxième temps, qui sera très bref dans notre étude, nous serons plus attentifs à l'enchaînement des énoncés et nous effleurons l'interprétation psychologique.

Donc, la première de ces analyses , l'analyse thématique sera quantitative. La seconde que nous ferons qu'aborder, sera une analyse qualitative à partir des impressions sur le langage.

Il ne faut pas oublier que chaque entretien est représentatif de l'ensemble des entretiens. Cependant, de nombreuses composantes individuelles entrent en jeu ainsi que de nombreux signes que nous n'avons pu noter avec notre technique de prise de note tels que les rires, les silences, les pleurs, les évitements en se levant pour s'occuper de l'enfant par exemple.

Le matériau de base est l'interview elle-même : nous avons 42 interviews :

- 18 interviews de couples dont les femmes étaient enceintes
- 6 interviews de couples dont les femmes avaient eu une fausse-couche,
- 20 interviews de couples ayant des enfants.

Deux couples entrent en même temps dans la catégorie des fausses-couches et des couples ayant des enfants par I.A.D. car une seconde grossesse a été menée à terme.

37 analyses par thèmes sont présentées dans les pages suivantes. Cinq interviews n'ont pu faire l'objet d'une analyse de contenu méthodique car pour les trois premiers, la prise de note n'était pas assez rigoureuse, et deux fois la demande d'aide était telle que nous avons laissé nos notes pour permettre une attitude plus thérapeutique.

L'analyse thématique :

L'entretien est divisé en catégories, qui sont constituées à l'aide d'une définition de thèmes. Et donc chaque élément du contenu de l'interview doit trouver sa place dans une des catégories. C'est le contenu manifeste c'est-à-dire ce qui est dit, ce qui est sûr sans interprétation qui est catégorisé ainsi lors d'une première lecture et d'un premier découpage. L'unité de l'interview est ainsi défaite pour en faire une autre unité, avec les rubriques de l'enquêteur.

Dans un premier temps, nous avons apprécié dans une lecture rapide les nombres d'intervention de chaque membre du couple. Cette approche grossière montrait 15 fois un nombre d'intervention égale de l'homme et de la femme, 11 femmes sont beaucoup plus souvent intervenues que leurs conjoints et 9 maris ont eu l'initiative et la parole pour la plupart des thèmes. Nous devons préciser que l'analyse thématique n'est pas possible à faire rigoureusement pour l'homme et la femme à cause des conditions matérielles de l'interview : que dans plusieurs cas le mari dérangé par son travail n'était pas toujours là, que l'enfant nécessitant des soins le père ou la mère s'en occupait un moment et était beaucoup moins attentif à l'interview. C'est là une des conséquences de la rencontre au domicile des interviewés ; si cet aspect enlève un peu de rigueur à l'interview, la richesse de la relation que nous évoquerons plus loin est le volet positif par contre du lieu de contact.

Nous avons ensuite dressé une liste des thèmes abordés "spontanément"

TABLEAU N° VI : FREQUENCE DES PRINCIPAUX THEMES

ABORDES "SPONTANEMENT" DANS L'INTERVIEW

THEMES ABORDES	RUBRIQUE	NOMBRE DE FOIS		
		Total	Hommes	Femmes
Secret	Secret	41	41	35
Vécu de la stérilité	Stérilité	36	31	17
Besoin de parler	I.A.D.	35	19	25
Désir de grossesse	Stérilité	34	18	21
Choix de l'I.A.D. en comparant à l'adoption	I.A.D.	30	16	25
Participation du mari à l'I.A.D.	I.A.D.	30	30	10
Ressemblance	Secret	22	16	10
Contrainte de l'I.A.D.	I.A.D.	20	8	18
Rapports avec les médecins pratiquant l'I.A.D.	I.A.D.	20	15	18
Désir d'un autre enfant	I.A.D.	19	16	13
Vécu de la grossesse, de l'accouchement	Grossesse Accouchement	16	5	16
Coût de l'I.A.D.	I.A.D.	15	10	12
Peur des malformations	I.A.D.	14	10	11

dans ces interviews. Et nous les avons classé par ordre de fréquence -tableau n° VI - rappelant après les réserves émises plus haut que ce tableau n'a de valeur qu'à un moment donné de notre lecture. Nous pensons aussi qu'il faut évoquer la difficulté de distinguer les thèmes spontanés ou induits. Après plusieurs relectures de nos interviews, nous les avons découpés en séquences concernant d'une part le vécu de la stérilité, l'I.A.D., le secret et enfin la grossesse, accouchement, petite enfance, relation des parents après la naissance.

Chacune de ces rubriques obéit à un critère d'homogénéité et reflète en partie du moins nos hypothèses initiales.

Chacune de ces rubriques regroupe les thèmes principaux abordés dans les interviews :

RUBRIQUE 1 : LE VECU DE LA STERILITE

- 1 - le désir d'enfant
- 2 - la blessure, la souffrance de l'homme :
 - désespoir, dépression,
 - culpabilité,
 - troubles sexuels,
 - troubles somatiques.
- 3 - la femme et la stérilité de son mari :
 - dépression
 - silence,
 - troubles sexuels,
 - culpabilité de son désir de grossesse,
 - sentiment d'injustice,
 - agressivité détournée.
- 4 - conduites compensatrices du couple
- 5 - lutte : médecins, traitement, explorations, diagnostic précis, aller jusqu'au bout.
- 6 - vécu de la stérilité avec la famille, l'entourage social et professionnel
- 7 - le désir de grossesse de la femme : jalousie des femmes enceintes, ne supporte pas contraception, IVG.
- 8 - le désir de grossesse de l'homme : socialement et attente de l'enfant
Préparation à la naissance.

RUBRIQUE 2 : L'I.A.D.

- 1 - désir d'enfant et donc décision de faire quelque chose
- 2 - Connaissance de l'I.A.D.

- par des médecins
- par des médias
- par un proche appartenant au monde médical.

Les réactions - la latence.

- 3 - Choix par rapport à l'adoption

Pour : Hommes : -hérédité, filiation

-grossesse de sa femme

Femmes : -grossesse

-petit enfant

Les deux : -problèmes administratifs

-problèmes psychologiques

-socialement.

Contre : Hommes : -tromperie

Femmes : -"vaches"

-culpabilité

Le prix.

- 4 - Les conditions de l'I.A.D.

- conditions matérielles

-- examens et courbe de température

-- réalisation : arrêt de travail, voyages, séjour à LYON

-- l'acte lui-même : la peur, les manifestations somatiques

- conditions psychologiques

-- la présence du mari

-- la relation avec les inséminateurs

-- la première fois

-- les échecs de chaque mois

-- le mois où elles ont été enceintes !

-- les fantasmes sur les conséquences possibles de cet acte

- 5 - le besoin d'"en parler"

- 6 - le vécu à postériori de l'I.A.D.

- l'oubli de l'acte lui-même

- jamais de regret, que des satisfactions

- l'intérêt pour cette technique, le désir de faire partager leur expérience mais ... secret.

RUBRIQUE 3 :

A - La grossesse

- 1 - physiquement et psychologiquement
 - symptômes
 - changement de vie
 - craintes de FC
 - craintes de malformation
 - rêves
 - à 4 mois de grossesse : on y croit
 - l'attitude du père
- 2 - Pathologie de la grossesse

B - L'accouchement

- déroulement
- présence du mari

C - L'enfant

- santé, développement
- inquiétude des parents
- garde de l'enfant
- relation parents, enfant
- relation parents, enfant et famille

D - La fausse Couche

- dépression, échec
- soulagement ?

RUBRIQUE 4 : LE SECRET

A - Les modalités du secret

- Total en dehors du CECOS
- Partagé avec un membre de la famille, la famille, les amis intimes, largement, avec une relation médicale, couples rencontrés au CECOS.

B - Le vécu du secret : le secret-réalité

- difficile à vivre vis à vis de la famille, des employeurs, d'eux-mêmes
- questions sur les dossiers
- questions sur l'attitude des autres
- le besoin d'en parler avec quelqu'un qui partage ce secret.

C - Vis-à-vis de l'enfant - Ressemblance
Le secret théorie.

Nous nous permettrons de faire quelques remarques d'ordre assez général :

L'analyse quantitative des fréquences de thème repose sur un trop petit nombre d'entretiens, pour que leur ensemble puisse être tenu comme significatif de la population des couples demandeurs d'I.A.D. Et si l'on tient compte d'une approche quantitative, à titre indicatif, on risque de tenir pour peu significatif ce qui est plus fréquent alors que le signifiant se trouve souvent dans le contenu sous-jacent : certains éléments rares sont peut être censurés dont il faut pourtant tenir compte ...

Donc, en conclusion la quantification si elle permet d'élaborer des hypothèses, laisse en fait de côté un sens du discours que l'on peut tenir pour essentiel.

Ce mode d'analyse n'est qu'indicatif et ce travail considéré comme une préenquête.

B - LES ANALYSES DE CONTENU

Les analyses de contenu sont classées ici dans l'ordre chronologique de nos interviews et porte un numéro qui correspond pour chaque interview à ceux cités dans le texte.

Pour chaque analyse on trouve un tableau résumant l'entretien. La colonne de droite indique les thèmes abordés par la femme, la colonne de gauche, les thèmes abordés par l'homme. Les motifs correspondent aux grandes catégories de thèmes :

1 - le vécu de la stérilité	en ☐
2 - l'I.A.D.	en ☒
3 - le secret	en ☐
4 - la F.C., la grossesse, l'accouchement, la petite enfance	en ☐
5 - Autres	en ☐

En face de cette catégorie, on lit le thème plus spécifiquement abordé (on peut donc voir le nombre total de fois où le couple aborde une catégorie nouvelle par rapport à la précédente).

C'est d'après ces tableaux que nous avons tenté une analyse quantitative.

1-ENFANT - Homme paraplégique

•	Déroulement accouchement
•	Grossesse - physiiquement
•	Accouchement - présence du mari
•	Déroulement accouchement
X	Relations avec inséminations et avec l'équipe (I.A.D.)
—	Vécu difficile du secret
X	I.A.D. - peur des conséquences possibles de cet acte
—	Vécu stérilité - conduites compensatoires
—	I.A.D. Héritité-adoption
—	I.A.D. Héritité-adoption silence sur I.A. après acte
—	Secret total en dehors du CECOS
—	Vécu de la stérilité
—	Médecins - explorations
—	Autres
—	Rééducation
—	Autres possibilités médicales dans son cas
—	Sexologie des handicapés
—	Travail de la femme

2 - ENFANT - Deux jumeaux

•	Vie enfant - développement - santé
•	Vie enfant - relation avec parents
•	Avis parents sur enfants
X	I.A.D. - décision
X	I.A.D. - Héritité - Adoption
•	Vie enfant - garde - problèmes matériels
•	Déroulement accouchement
•	Grossesse - physiiquement
—	Secret - ressemblance
—	Secret partagé avec amis intimes
—	Décision I.A.D.
•	Vie enfant et famille
—	Vécu stérilité - famille et entourage
—	Secret vécu difficilement
•	Vie enfant - envie d'un 2ème
—	Vécu stérilité - désir grossesse - valeur sociale
—	Blessure narcissique de l'homme
—	Vécu stérilité mari par la femme : injuste
—	Autres : médecine
—	Psychologie des enfants
—	Education
—	Travail et enfance de la femme

☒	Connaissance I.A.D.
☒	Conditions matérielles - psychologiques, contraintes - acte lui-même
☒	Hérédité - adoption
☐	Vécu stérilité - désir grossesse
☐	valeur sociale, désir propre, valeur narcissique
☒	Hérédité - adoption
☐	Désir grossesse, valeur sociale
☐	Vécu stérilité : blessure narcissique de l'homme - culpabilité
☒	Conditions matérielles - psychologiques, contraintes - acte lui-même
☒	Présence du mari
☐	Secret partagé avec amis intimes
☐	Grossesse physique, psychologique
☐	Déroulement accouchement présence mari
☒	Décision I.A.D.
☒	Conditions matérielles, psychologiques contraintes - acte lui-même
☐	Grossesse physique
☒	Peur des conséquences possibles
☒	I.A.D. : sperme noir, malformations, besoin réassurance
☒	1 autre enfant
☐	Médecine
☐	Recherche
☐	Psychologie

☐	☐	•
☐	☐	•
☐	☐	•
☐	☐	•
☐	☐	☐
☐	☐	•
☒	☒	I.A.D. hérédité - adoption
☒	☒	Décision I.A.D.
☐	☒	I.A.D. présence mari
☐	☐	Accouchement : présence mari
☐	☐	Secret vécu difficilement par eux-mêmes
☐	☐	Vécu stérilité - désir grossesse
☐	☐	Blessure narcissique homme
☐	☐	Vécu stérilité de l'homme par la femme
☐	☐	Secret partagé avec amis intimes
☐	☐	Vécu stérilité - désir enfant
☐	☐	Blessure narcissique homme
☐	☐	Vécu stérilité homme par femme
☐	☐	Désir grossesse : valeur sociale, désir propre, valeur narcissique
☐	☐	Enfant éducation
☐	☐	Psychologie
☐	☐	Vécu de stérilité

I.A.D. relations avec inséminateurs et équipe et psychologues	
Conditions matérielles, psychologiques contrainte, arrêt de travail, courbe température, échec, acte lui-même	
Décision I.A.D.	
Secret total en dehors CECOS	
Vécu difficile secret/famille	
Stérilité : blessure narcissique de l'homme - culpabilité	
Vécu stérilité : homme par femme	
Grossesse physique, psychologique	
I.A.D. : conditions matérielles psychologiques - contraintes - acte lui-même	
Vécu stérilité : mari par femme	
Désir enfant	
Désir grossesse : valeur sociale	
Relations avec inséminateurs et équipe	

F. C.
Relations avec inséminateur et équipe
Conditions matérielles psychologiques, contraintes acte lui-même
Relations inséminateur - équipe
Accouchement - déroulement, présence mari
Développement santé enfant - relations avec les parents
Avis parents sur enfant
Secret total en dehors CECOS
Relations avec inséminateur et équipe
Conditions matérielles psychologiques, contraintes - acte lui-même
Envie d'un 2ème enfant
Blessure narcissique de l'homme - culpabilité
Stérilité : médecins - Explorations
Vécu stérilité homme par femme
Décision I.A.D.
Désir grossesse : valeur sociale, désir propre, valeur narcissique
Secret - ressemblance
Blessure narcissique de l'homme - culpabilité
I.A.D. : présence mari

☒	I.A.D. : sperme frais
☐	Dépression
☐	Aménorrhée
☒	Médecin : "trouver un donneur"
☒	Adoption dossier : plus tranquille
☒	I.A. préférée à l'adoption
☒	I.A. mieux pour l'enfant
☒	Une vraie famille
☒	Etre une femme
☒	Faire notre enfant ensemble
☐	Ressemblance
☐	Enfant sage
☒	Présence du mari à l'I.A. et à l'accouchement
☐	Secret total pour famille
☐	Besoin d'en parler à des amis
☐	Vie changée depuis la naissance
☐	Fin des échecs
☐	Autres couples stériles
☐	Difficulté de la stérilité = impossibilité de parler
☐	Choix de vie à la campagne

☐	Secret à l'hôpital
☒	Médecins qui changent
☒	Accueil du CECOS
☒	Rapport avec inséminateurs
☐	Idee fixe : être enceinte
☒	Manque d'information par les médecins
☒	Choix à deux
☒	Adoption - Grossesse
☒	Problèmes psychologiques de l'adoption - ressemblance
☒	I.A.D. : donneur
☒	Attendre l'enfant
☐	Jalousie des femmes enceintes de la famille : crise
☐	Difficulté de stérilité = solitude
☐	Ne croit pas à sa grossesse pendant 4 mois
☐	Secret pour famille car Tabou
☐	Stérilité connue par père du mari - femme et décision d'I.A.D. : attendre que mari en parle
☐	I.A.D. me remet à ma place d'homme
☐	Travail de la femme

2 F. C.

Résultats

Désespoir

Difficulté avec famille

Pas de réponse des médecins

Relation avec les médecins

Peur pour seconde grossesse liée à problème de F. C.

Adoption refusée

Adoption et famille

Mari résigné à seconde F.C.

Problème de santé de la femme

Question de divorce : stérilité homme

Relation avec les médecins = secret
famille curieuse !

Femme heureuse, l'homme accepte !

Mariage pour faire un enfant

Prix

Présence du mari à l'I.A.

.	X	X		X	X	.	X		.			—	X	
		X	—			.		X	X		I	—		X

femme seule à l'entretien, homme vu ensuite

2ème enfant

En parler avec des couples

Heureuse d'en parler

Relation avec l'inséminateur-trice

Secret famille

Oubli de l'I.A.

Mari : demandeur de I.A.D.

Grossesse - accouchement

Présence mari à I.A.

Femme supporte mal = problème psychologique pour I.A.D.

Secret = resemblance

Mari aide à plusieurs I.A.

Secret

Obsession de l'I.A. - échec - peur ?

Contient de l'enfant
Secret:analphabète
= problème de lecture des lettres
Très heureux de l'I.A., remerciement
Contact avec inséminatrice
Pas prévenu l'accoucheur
Pas de problème/stérilité
Fait bien l'amour
Pas de problème de religion
Enfant gardé par mère et père
La femme travaille

Enfant en bonne santé
Désir de seconde I.A.D.
Problème de stérilité
Grand désir d'enfant de la femme
Homme bloqué par consult.
Traitement de stérilité
I.A.D. et famille
I.A.D. et adoption
Relations avec médecin
Grossesse heureuse mais peur de F.C.
Accouchement
Oubli de l'I.A.D.
Grossesse
Pas de problème de ressemblance
Enfant malade - relation avec donneur
Allaitement désagréable
Média I.A.D.
Famille I.A.D.
Envie d'en parler
Homme présent à chaque I.A.D.
I.A.D. et hérédité
Mère hyperprotectrice
Enfant : but dans la vie

☒	I.A. antérieure avec sperme frais
☒	Adoption - dossier fait
☒	Autre solution envisagée
☐	Famille au courant
☒	I.A.D. mieux acceptée que adoption par famille
☐	Secret par rapport à l'enfant
☐	Espoir dans stérilité
☒	Désir d'un second
☐	En ont parlé avec autre couple
☐	Spermo. G. = 0 réaction
☒	On en parle : ça va mieux
☒	Relation avec médecin opposé à l'I.A.D.
☐	I.A.D. renforce le couple
☒	Oubli de l'I.A.D.
☐	Ressemblance
☒	Pas de crainte vis-à-vis I.A.D.
☒	Adoption
☒	Mari assiste à I.A.
☐	Enfant en B.S.
☐	Accouchement bien passé

☒	Enfant : I.A.D.
☒	Désir second, même donneur
☐	Vécu stérilité
☐	F.C.
☐	Ressemblance
☒	Contrainte I.A.
☐	Secret/employeur
☐	Grossesse
☒	Prix
☐	Secret
☒	I.A.D./I.A. naturelle
☒	Adoption - désir de grossesse
☐	Ressemblance
☐	Secret
☒	I.A.D. peur conséquences physiques
☐	Enfant
☐	Enfant = but
☐	Enfant = fille désirée
☐	Enfant - ressemblance
☐	Secret
☐	Déni de la stérilité
☐	Relations avec les médecins
☒	Religion

☒	F.C.	
☒	I.A.D. pour faire un enfant	
☒	Avortement - Contraception - I.A.D.	
☒	Même démarche	
☒	Grossesse	
☒	Conditions matérielles de l'I.A.D.	
☒	F.C.	
☒	Technique de l'I.A.D.	
☒	Prix	
☒	Secret - oui mais pourquoi ?	
☒	Secret : pour qu'il soit bien à moi	
☒	Echec de l'I.A.D. car pas naturel : les vaches	
☒	Désir d'enfant	
☒	Hérédité - Adoption	
☒	Grossesse	
☒	On veut un enfant	
☒	Adoption	
☒	Vivre sans enfant ?	
☒	Secret :	
☒	I.A.D. et contrainte	
☒	Secret : mensonge pour famille	
☒	Secret : en parler à mon frère	
☒	Secret car "bon à rien"	
☒	Hérédité - Descendance	
☒	Ressemblance	
☒	Garde de l'enfant	
☒	Médecins et notre liberté	

☒	Stérilité	
☒	Contraception	
☒	Long traitement pour stérilité	
☒	Connaissance de l'I.A.D.	
☒	Médecins et I.A.D.	
☒	Prix de l'I.A.D.	
☒	F.C. : peur	
☒	Adoption : 2 dossiers mais changement de région donc impossible	
☒	On préfère l'I.A.D.	
☒	Grossesse	
☒	PAS DE SECRET	
☒	Secret = tabou	
☒	Médecins	
☒	I.A.D. et famille	
☒	I.A.D. et amis	
☒	Stérilité - Suicide	
☒	Ne pas être un homme	
☒	Vacances : traitement ou hôpital	
☒	I.A.D. bien réfléchie	
☒	Ressemblance	
☒	Stérilité dans la famille	
☒	Relation avec certains médecins	
☒	Sexologie	

33 - ENFANT DU PERE

•	Enfant
•	Pas de problème
•	Enfant de son père
—	Histoire de stérilité
—	Gynécologie
—	Traitement
X	eux demande d'I.A.D.
—	Père de lui médecin au courant
—	Secret total
—	Désir de faire un enfant
X	Pas adoption
—	Annonce d'une grossesse
—	Très difficile de vivre stérile : solitude
X	C'est le mien
•	Garde de l'enfant
•	Accouchement
•	Grossesse
—	Vie à la campagne

34 - FEMME SEULE
UN PREMIER ENFANT A ELLE
ENCEINTE

X	I.A.D. à Paris
X	Problème avec inséminatrice
X	Problème physique : pendant I.A. "allergie"
X	Connaissance
X	Vache
X	Ça perturbe mon mari de venir (maladie)
X	ler enfant : personne ne sait qu'il n'est pas de lui
X	Adoption trop difficile
X	Secret total : personne ne sait
•	Grossesse)
•	Accouchement) précédent
•	Souffrance morale les trois premiers mois
X	Très mal pendant les I.A. avec une gynécologue pas avec l'autre
•	Garde des enfants
—	Sexologie

Médecin - traitement

Décision

Adoption

Emission télévision

Changement de docteur

Pas sérieux

Secret total / stérilité
mais aider autres couples

Médecin qui nous a fait connaître

Grossesse : RAS

A.T. car toujours debout

Adoption difficile

Préfère les médecins femmes aux hommes

1 an pour garde enfant

Maladie de la femme

très nerveuse : va très bien maintenant

Assiste au I.A.

Assistera à l'accouchement

Resemblance

Jumeaux

Maladies de ces enfants ?

Conseil par des médecins de tromper
son mari

Garde des enfants de la famille

Angoisse - phobie

Stérilité connue depuis longtemps

I.A.D. connue par médecin

Femme : c'est mieux pour mari

Mari : j'étais contre TROMPER

Enfant - grossesse

Echec

Tel désir de grossesse

Travail

Besoin de parler

Peur de ça

	Secret - Anonymat à l'Hôpital
	Secret et travail
I.A.D.	difficile d'attendre
	Secret et dossier
	Inséminatrice
	Choix du donneur
	Hérédité - tromperie
	Secret
	Ressemblance
	Réaction
	Histoire de la stérilité
	Stérilité et famille
	Adoption
	Assiste aux I.A.
	Désir de grossesse

C - LES RESULTATS

Pour les 37 interviews analysés, il est à noter que globalement les thèmes sont abordés 265 fois par les hommes et 388 fois par les femmes. Ce résultat et tous les autres chiffres par thèmes sont à nuancer par l'absence des hommes à quelques interviews et nous ne prendrons en considération que les différences importantes.

Le secret : est abordé 45 fois par l'homme,
74 fois par la femme.

Ce thème a toujours été traité dans les interviews spontanément, alors qu'il est le seul que nous n'ayons absolument pas induit par notre petite introduction.

Son importance, que nous ne pouvons chiffrer, est cependant réelle, constatée dans la longueur des interventions et dans le fait que ce thème est traité en une fois, ou deux. Ce sujet a-t-il été plus discuté par le couple donc est plus facile à définir ? Le secret, conseillé par le médecin, ou décidé par un des membres du couple, ne se remet-il pas en question ?

Le secret: une évidence pour 14 femmes et 13 hommes, c'est-à-dire un secret total partagé avec quelques médecins.

La ressemblance est abordée 15 fois par les femmes mais chez celles-ci, ce thème paraît plus lié aux représentations de peur du sperme que chez les hommes qui le lient au secret.

La difficulté à vivre ce secret vis-à-vis de la famille est présenté 15 fois par les femmes, 11 fois par leurs conjoints, ce qui nous montre que ce secret est bien lié à la culpabilité de l'homme et au rejet social dont les couples ont peur.

Mais les aspects sociaux du secret: à l'hôpital et vis-à-vis des autres, est très significativement un sujet plus abordé par les hommes (20 fois) que par leurs épouses (12 fois).

Le Vécu de la Stérilité

55 fois par l'homme,
66 fois par la femme.

Pour l'homme ce sont les thèmes de blessure infligée par la stérilité (26 fois), la culpabilité envers leur femme (13 fois), la difficulté de se situer par rapport à la famille et à l'entourage (15 fois), et l'importance des relations avec le médecin (12 fois).

Ces thèmes sont repris de nombreuses fois, et sont souvent longuement décrits.

Pour la femme, le désir de grossesse prend la place préférentielle pour cette période de stérilité (25 fois) lié à la culpabilité de ce même désir (17 fois).

Le sentiment d'injustice devant sa situation est dit 6 fois et elle avoue 5 fois s'être sentie très agressive envers son mari pendant cette période.

L'I.A.D.

105 fois par l'homme,
138 fois par la femme.

Mais pour la femme, ce thème est très souvent abordé de manière éparpillée, morcellée.

La relation avec les médecins est le thème prédominant 29 fois chez elle et 21 fois chez l'homme. Il faut cependant noter que pour la femme, il s'agit le plus souvent des relations pendant les inséminations, pour l'homme il s'agit bien plus des relations à propos de la demande et la décision de l'I.A.D. Ceci est renforcé par la demande d'en parler, besoin d'en parler, évoqué 14 fois par les femmes, 13 fois par leurs conjoints.

La décision par rapport à l'adoption en parlant des thèmes d'hérédité est évoquée plus souvent par l'homme (27 fois) que par la femme (21 fois).

La présence du mari à l'I.A.D. est proposée par le mari 17 fois, 12 fois relevée par la femme.

La peur de l'insémination elle-même n'est pas plus souvent évoquée (12 fois) que les conditions matérielles (11 fois) cependant il s'agit certainement dans ce

cas d'un processus d'évitement

"il ne faut plus en parler maintenant..."

L'oubli de l'I.A.D. est mentionné une trentaine de fois par l'un ou l'autre des conjoints.

La grossesse, l'accouchement, la fausse-couche, l'enfant

Ces thèmes sont surtout abordés par les femmes (103 fois), beaucoup moins par les époux (48 fois).

Seul le sujet de l'enfant est spontanément lancé par l'un ou l'autre conjoint, surtout les relations avec l'enfant : 20 fois.

La grossesse est évoquée 32 fois sur le plan psychologique, 18 fois sous l'aspect physique par les femmes.

Les maris parlent 13 fois de leur propre soulagement et bonheur pendant la grossesse de leur femme.

L'accouchement est cité seulement 16 fois par les femmes.

Le désir d'un second enfant est abordé 19 fois, le plus souvent par l'homme en premier lieu.

Les fausses-couches pour les couples qui ont eu cette déception, ne sont évoquées que sur l'angle médical ou comme nouvel échec.

COMMENTAIRES

Arrivée au terme de l'étude quantitative, une étude qualitative était possible : interpréter à partir du langage, aller au-delà de ce qui est dit. Cette démarche passionnante demandait un travail d'approfondissement des différents thèmes et une comparaison avec des couples non inséminés.

Nos interviews couvraient tout le vécu de ces couples. Pourquoi privilégier un thème ? La littérature sur le vécu des couples inséminés étant très pauvre, nous nous permettons donc de raconter une histoire en essayant de regrouper les différents comportements analysés à travers ce qui a été dit.

Nous rappelons que cette enquête est une ébauche, et demanderait plusieurs relectures des interviews pour une interprétation méthodique du langage.

Cette histoire repose sur une généralisation et non sur une quantification des différents comportements, et présente un caractère subjectif.

I - LE VECU DE LA STERILITE

La stérilité est l'impossibilité d'avoir un enfant. La stérilité volontaire peut être acceptée, mais l'histoire des couples que nous avons rencontrés est la plus ou moins longue gestation de la formulation : "nous désirons un enfant". Très peu de couples expriment *les motivations de leur désir d'enfant*. Et dans ce cas, l'extrême banalité des raisons invoquées recoupe celle notée par PASINI : les enfants sont "le but de la vie" (2), "pour réaliser quelque chose" (17), "on vit pourquoi sans enfants ?" (9). Parfois une réflexion plus élaborée tente de définir leur désir d'un "enfant de l'autre" (28) "enfant à élever ensemble". Les normes sociales, l'exemple parental et familial, sont souvent évoqués.

En fait, le désir d'enfant s'organise en face d'un manque : "Nous avons essayé de vivre sans enfant puisque j'étais stérile, mais il y a un vide" (3). Pour les femmes ce désir d'enfant est souvent reconnu comme "viscéral" (28) "à mon âge, je ne peux plus attendre, j'en ai besoin" (32). Pour l'homme, ce désir

est celui de "transmettre... son nom, ce qu'il a pu faire" (22) : "pendant 10 ans ce n'était pas un problème, depuis 2 ans, nous le désirons... tout ce que je fais maintenant, si ce n'est pour personne, quel est l'intérêt ?" (13).

"Nous avons consulté, moi, puis mon mari, on a eu des examens, des traitements, un beau jour on a vraiment demandé : c'est oui ou c'est non, on pourra avoir un enfant un jour ? ou il n'y a plus d'espoir ? et le médecin nous a fait comprendre que c'était fini" (21).

C'est ici que commence l'histoire racontée par ces couples.

Pour l'homme, que l'annonce de la stérilité soit progressive après des années de doute entretenu par les traitements, ou brutale, un beau jour tout bascule. "Une page est tournée" pour lui, vis-à-vis de sa femme, des autres et du médecin.

Notons la force des termes employés, pour évoquer ce sentiment datant souvent de plusieurs années : "c'était un coup de couteau dans le ventre" (6), "j'étais blessé dans ma moelle" (32), "c'était à se suicider" (35). *Blessure, souffrance, dépression, coupure, castration*. Immédiatement est exprimée la *culpabilité* envers leur femme, qui a pris la forme de propositions de divorce (une dizaine de fois) ou nous était présentée sous des aspects plus farfelus : "on devrait rendre obligatoire le spermogramme dans la visite pré-nuptiale"(plusieurs fois).

Le diagnostic-verdict donné par le médecin, avec tant de gêne, de fuite, ou de banales phrases de réconfort, signifie en même temps pour l'homme la gravité de sa situation et l'impossibilité d'en parler. L'attitude du médecin à ce moment rejette le couple dans la *loi du silence*. C'est la *solitude* et la *peur du rejet social* qui commencent :

- le médecin m'aurait annoncé le cancer, il n'aurait pas été plus gêné (13),
- dès l'annonce de la stérilité, il s'est levé et nous a dit maintenant il vous faut réfléchir. Au revoir (28).
- le médecin ne nous a rien dit chez lui, mais nous avons reçu une lettre le lendemain (9).
- nous avons appris ce résultat par téléphone (15).

L'homme se sent, se dit "handicapé", "anormal", "amputé". La force de ces formulations montre bien la *dépression* profonde de ces hommes. Toute cette période

est décrite par le couple avec de nombreuses expressions : "trou noir", "cauchemar", "enfer", "invivable".

Culturellement, la stérilité masculine n'existe pas : "Connaissez-vous un homme célèbre stérile"(15). La réponse nous a été donnée quelques temps plus tard : un père interviewé dit s'être senti moins diminué et isolé après avoir entendu Herbin (entraîneur de l'équipe de football de St Etienne — belle image virile !) à RADIOSCOPIE, parler très simplement de sa stérilité.

En fait, socialement, l'homme stérile est dit impuissant et deux anecdotes montrent ce lien très fort virilité-paternité entraînant l'homme et le couple dans un secret jalousement gardé.

Cas n° 15 : Cet homme jeune, sportif, 25 ans, travaille le dimanche avec ses parents dans le bar de ceux-ci. Marié depuis 3 ans, il n'avait pas d'enfant et s'entendait sans cesse répéter "mais qu'est-ce que tu fais la nuit avec ta femme, tu dors ou quoi ?".

Cas n° 19 : Cet homme maghrébin de 28 ans nous a dit "moi, je sais que je fais bien l'amour alors ça va, mais les autres, ils ne peuvent pas comprendre".

Evidemment, l'annonce de la stérilité a entraîné souvent une impuissance passagère due tant au sentiment d'anormalité qu'à la culpabilité envers leur femme, et à la réaction de celle-ci.

L'homme préfère s'exclure lui-même, que courir le risque d'être rejeté. Cette exclusion sociale entraîne particulièrement *le secret vis-à-vis de la belle-famille* : "on me prendrait pour un bon à rien" (32), "on parlerait de tare" (30). Ce secret farouche est difficile à vivre parfois, car les femmes ont envie d'en parler à leur mère ou à leur soeur. Quelquefois, le partage du secret avec son père a aidé l'homme à vivre cette période. Mais la plupart, culpabilisés, n'osent en parler : "mes parents vont se sentir responsables" (2), "ce sera trop dur pour mes parents" (12).

Un élément ressort avec insistance : la chirurgie subie en tant que traitement éventuel ou moyen d'exploration — comme la biopsie testiculaire — semble jouer un rôle *de réparation*. La souffrance inscrite dans le corps, l'hospitalisation (donc une certaine acceptation sociale de sa stérilité) semble un moment marquant la fin de la dépression et le début d'une nouvelle phase d'investissement pour avoir un enfant : "je suis allé jusqu'au bout" (6), "j'ai vraiment tout fait" (19).

L'inégalité dans le couple, l'un fertile, l'autre stérile, ne paraît pas plus facile à vivre par le mari que par la femme. Les femmes se sentent très *coupables* en face de leur mari : coupables de leur désir d'enfant, coupables de leur intégrité physique, et *frustrées*, elles *refoulent* un temps plus ou moins long leur problème. *Les réactions maternelles* sont fréquentes : la femme cache les résultats du spermogramme à son mari pendant de longs mois. Elle n'ose parler de l'I.A.D. dont elle a appris l'existence par une revue ou une discussion. Elle prend sur elle, pour la famille et l'entourage, la responsabilité de la stérilité. Elle se tait devant les pleurs de son mari.

Le silence entre eux s'est établi dès leur rencontre avec le médecin, celui-ci signifiant par son attitude que l'on ne pouvait en parler. "Sitôt que nous nous regardions, nous savions que nous pensions à ça, mais on ne pouvait pas en parler". Seule la prise en charge de la responsabilité de la stérilité par la femme permet une certaine parole autour de leur stérilité de couple, avec la famille, par exemple, et avec les autres femmes sur son lieu de travail. Mais c'est une parole-tromperie qui soulage et aide peu.

Nous noterons que cette stérilité féminine d'emprunt ne paraît pas héroïque à porter. Appartient-elle à cet éternel féminin : les règles, la contraception, la peur de grossesse, la sexualité et la souffrance liée à ces moments, "nous nous savons ce que c'est de souffrir pour cela, pour l'homme c'est impossible". Cette stérilité féminine, paravent de la stérilité masculine est acceptée lorsqu'elle est annoncée par la femme elle-même. Une jeune femme se dit "accusée dès son mariage par sa belle famille parce qu'elle n'avait pas d'enfant". Sa belle-mère prenait même des rendez-vous pour elle chez les gynécologues, parlait de "tare impossible dans sa famille". Le résultat du spermogramme a été jeté à la figure de la belle-mère par cette jeune femme. Celle-ci a alors poussé fortement le jeune couple à l'I.A.D. La jeune femme enceinte, la belle-mère annonçait la grossesse à tous ses propres amis avant que le jeune couple n'en parle. Cette jeune femme a fait une fausse-couche à 5 mois (32).

Le désir de grossesse de la femme est exprimé à travers ses difficultés devant les autres : amies, collègues et femmes de la famille.

Pour la majorité de ces femmes, le moment critique est l'annonce d'une grossesse chez des proches. Trois furent si déprimées, qu'un arrêt de travail a été nécessaire pour le choc dû aux grossesses de soeur ou belle-soeur plus jeunes qu'elle ou mariées depuis moins longtemps. Les maladresses familiales entrent ici en ligne de compte, chaque naissance étant l'occasion de questions pressantes au

couple sans enfant.

Les femmes enceintes, dans la rue, sont toutes repérées et enviées. La visite à une femme qui vient d'accoucher, choyée, entourée, fêtée par tous, est une épreuve que toutes redoutent.

Une fois l'enfant présent, elles ne l'évitent pas, sont heureuses de le voir, toucher et même de le garder pour des soirées ou vacances.

D'autres femmes retiennent difficilement leurs pleurs devant un enfant et ne peuvent le prendre dans leurs bras, par contre elles n'éprouvent pas de jalousie face aux femmes enceintes. Toutes avaient fait des demandes d'adoption avant ou parallèlement aux inséminations. Coïncidence ?

Le désir de parler de la femme avec ses amies, avec sa famille, est en opposition avec la volonté exprimée ou supposée de secret du conjoint. La femme se sent impuissante, sans prise sur cette stérilité qui la frustre. Nombreuses sont celles qui auraient préféré avoir à lutter avec leur propre stérilité "Si seulement c'était moi".

Les conduites compensatoires et les problèmes relationnels du couple ne sont que cités. Homme ou femme décrivent presque tous de très nombreux symptômes, ou maladie, nécessitant des traitements autres que ceux de la stérilité. Tous ces phénomènes ont disparu progressivement du début de la grossesse jusqu'au moment de notre rencontre.

Nous avons pu constater, en comparant le fonctionnement et le langage des couples de notre enquête proprement dite, de celui des couples vus systématiquement au moment de la demande de l'I.A.D., des comportements très différents :

- en premier lieu, le couple interviewé est moins tendu ; il ne craint plus rien des médecins, cette rencontre ne se soldera pas par un refus ou une acceptation de sa demande, il n'a plus besoin de se cacher, de se surveiller.

- le couple interviewé se parle, se renvoie la parole, écoute l'autre et donne son avis, pour tous ceux vus en couple, à part le cas n° 5 que nous verrons plus loin, un fonctionnement équilibré apparaît.

Nous avons délibérément omis de parler des relations avec les médecins dans ce chapitre, pour éviter des répétitions avec le chapitre suivant.

II - L'I.A.D.

Le désir d'enfant du couple stérile par responsabilité masculine ne peut être comblé que par l'I.A.D. ou l'adoption.

La connaissance de l'I.A.D. a lieu dans trois situations, chacune entraînant des réactions différentes.

- La première est l'information par le médecin consulté pour la stérilité du mari. Dans ces cas, récents, peu nombreux, et concernant le plus souvent des couples jeunes, la décision suit assez rapidement, entraîne peu de commentaires chez les couples. Pour certains modestes et de culture primaire, l'I.A.D. est un traitement médical : I.A.D. ordonnance ? Il s'agit de l'exception : la plupart des couples réfléchissent, en parlent entre eux, avec le médecin ou avec des amis.

- La deuxième est l'information par les médias : émission de télévision, de radio, articles dans différentes revues, surtout dans "Parents" et les livres de vulgarisation sur la stérilité. Ce mode de connaissance nous apparaît intéressant pour la *déculpabilisation* qu'il signifie pour le couple : la possibilité d'en parler dans la famille ou avec des amis sans se mettre en cause, le point de départ de discussions plus approfondies dans le couple, en osant aborder tous les sujets développés dans l'article, et en particulier le sujet du donneur que les journalistes n'omettent jamais.

- La troisième voie souvent intriquée aux deux autres, est l'information demandée à un médecin ou para-médical de la famille ou proche. Cette démarche paraît déterminante pour les couples qui l'ont faite : ils ont pu exposer leurs problèmes, leurs doutes, leurs angoisses parfois. La personne interrogée, liée affectivement à eux, est concernée, et sa réponse prend place dans leur relation : c'est une sortie de l'exclusion, du silence. Les couples rapportent l'attitude radicalement différente des médecins vus en consultation ou interrogés par des amis. Ainsi l'attitude d'une jeune pharmacienne réagissant brutalement dans un dîner, à une phrase sur l'I.A.D. par : "mais c'est tromper son mari", qui, interrogée ensuite par le couple stérile, avait pris de la distance par rapport à ses propres interrogations et a pu les aider à prendre leur décision.

Les réactions à l'I.A.D.

Vingt-six femmes répugnaient à l'insémination, de prime abord. Méthode vétérinaire encore et surtout, pour beaucoup. La récente émission médicale télévisée commençait d'ailleurs par cet aspect.

Le langage à ce sujet est affectif, jamais cette réticence n'est rationalisée.

"c'est pour les vaches",

"je ne suis pas une vache",

"je suis une femme, ou quoi ?"

"c'est une mécanique dégoûtante pour faire un enfant"

Le désir de maternité ressenti comme "naturel" s'accorde difficilement avec un "geste artificiel"(30).

Quelques hommes étaient réticents à l'I.A.D., mais nous remarquons que lors de la première information dans ce cas il s'agissait toujours d'I.A.D. avec sperme frais, parfois le gynécologue demandant au couple de trouver et d'amener un donneur. Ces couples ont presque tous attendu que l'I.A.D. se fasse dans des conditions moins ambiguës et moins culpabilisantes pour y avoir recours. Certains ont eu un premier enfant de cette façon (sans connaître le donneur) mais insistent sur les problèmes importants créés par la "présence" du donneur dans les mêmes lieux.

La décision de l'I.A.D.

Elle revient rarement à la femme qui, réticente comme nous l'avons vu en premier lieu, a besoin d'une longue évolution pour en accepter toutes les contraintes, se déculpabiliser de son désir de grossesse et d'enfant en face de son mari.

Deux fois la décision de l'I.A.D. semble revenir à la femme uniquement, l'enfant étant considéré comme le sien.

Cas n° 1 : le mari, paraplégique, a épousé une de ses infirmières. Il a essayé différentes techniques d'éjaculation provoquée pour faire pratiquer une I.A.C. N'obtenant pas de résultats "ils" ont opté pour l'insémination artificielle avec donneur. Le mari n'a accompagné sa femme qu'une fois indispensable à Lyon, elle s'est "toujours débrouillée toute seule ensuite". Dans le langage de la femme, c'est une des rares fois où nous notons l'exclusion du mari "Personne ne sait qu'il n'est pas de lui". Nous rapprocherons le fantasme sur les donneurs "tous médecins" de cette infirmière !

Cas n° 4 (cf. page 91) : Cette jeune femme a voulu l'I.A.D. Son mari a accepté. Elle pense sans cesse à cette insémination, au donneur, aux nombreux problèmes avec son mari. "Maintenant que j'ai ma fille, je ne peux plus le quitter".

Nous rapprochons de cette absence de décision des femmes, le fait qu'elles ne parlent pas de l'I.A.D. à leur mari, quand elles sont les premières à en apprendre la possibilité. Le plus souvent elles attendent, et quelquefois induisent l'information.

Il s'agit encore de la culpabilisation de ces femmes, déjà notées à propos de la stérilité et peut-être de la soumission féminine...

Pour les maris, le problème semble se situer plus tôt, au moment de la décision d'avoir un enfant malgré leur stérilité, et d'élever un enfant qui ne sera pas le leur. Le choix se pose alors entre I.A.D., adoption et autres.

Il est à noter que les maris trouvent l'I.A.D. socialement plus valorisante, personne ne sait l'origine de leur enfant, leur stérilité est effacée.

"L'I.A.D. me remet à ma place d'homme, dans la famille et la société" (8).

Nous savons tous que *l'insémination naturelle* est souvent employée pour résoudre un problème de stérilité masculine. Dans notre enquête, 4 femmes nous rapportent que des médecins leur ont conseillé cette méthode. Quatre autres couples ont envisagé ce moyen et renoncé à cette idée car l'un ou l'autre ne pouvait supporter l'infidélité. Un couple nous a particulièrement intéressé, ils avaient toujours eu des relations sexuelles en dehors de leur couple, ceci d'un commun accord. Décidant d'avoir un enfant ensemble, ils ont découvert leur problème de stérilité. La jeune femme exprimait son impossibilité de faire un enfant avec un autre homme que son mari, acte à poser bien différent d'une relation sexuelle, en disant "je ne peux avoir deux pères pour mon enfant, c'est impossible" (18).

Cette décision de l'I.A.D. se fait très rarement par rapport à l'insémination naturelle comme nous venons de le dire mais pratiquement toujours en comparaison avec *l'adoption*.

Certains, d'emblée, refusent ou n'envisagent pas l'adoption. Les longueurs administratives, les problèmes de reprise d'enfants lus dans les journaux, sont toujours évoqués. Les problèmes psychologiques et l'éducation difficile de ces enfants sont une remarque fréquente venant de l'un ou l'autre membre du couple. La peur de

la révélation obligatoire et de tout ce que l'on dit et écrit sur ces enfants arrête de nombreuses personnes.

Pour l'homme, un thème est prédominant : c'est *l'hérédité*. Et cet argument est revenu aussi souvent que le désir de grossesse chez la femme. Avec l'I.A.D., l'enfant est à moitié à eux biologiquement. Le problème médical et psychologique de "tare" est quelquefois soulevé à propos de l'adoption. De plus les parents et surtout les hommes affirment ne pouvoir penser que des choses peu valorisantes de parents ayant abandonné leur enfant, par contre les donneurs sont considérés comme des gens à priori généreux.

Beaucoup d'hommes sont conscients que leur femme *subit* des moments peu agréables à cause de l'I.A.D. et parlent de "preuve d'amour pour les deux" (8).

Pour les femmes, le désir de grossesse est le principal moteur de l'acceptation de l'insémination qui en elle-même est vécu comme un acte très difficile. Ce désir de grossesse a déjà été analysé pour le vécu de la période de stérilité.

Dans le discours des hommes, nous relevons plusieurs fois le désir de grossesse de leur femme, pour leur faire plaisir, bien sûr, mais aussi pour vivre cette attente ensemble, parler, sentir un peu ce bébé avant sa naissance.

"La peur de ne pas accepter mon enfant a diminué tout le long de la grossesse" (14).

La demande de l'I.A.D.

inaugure un long chemin, parsemé d'embûches. Les réactions des médecins sont variées mais rarement neutres devant cette demande. Certains jouent les ignorants "qu'est-ce que vous appelez l'insémination artificielle". Et ainsi quelques couples ont vu une dizaine de médecins pour en trouver un qui accepte de leur donner une adresse de CECOS. La réaction extrême est celle d'un médecin qui a demandé la stérilisation chirurgicale à un homme, demandeur d'I.A.D. pour un problème d'idiotie familiale et employant une contraception efficace depuis 14 ans. Le médecin femme ne veut pas accepter les I.A.D. sans la *stérilisation-castration*.

Ce couple a dû passer devant une commission de plusieurs médecins pour être autorisé à l'I.A.D. Cas extrême mais illustrant l'*infantilisation* générale ressentie par les couples.

Les couples se sentent non écoutés, trompés, ridiculisés, jugés par un ou plusieurs médecins rencontrés, en un mot INFANTILISES.

Leur démarche n'est pas reconnue et la première demande d'I.A.D. se solde fréquemment par un renvoi à une autre solution : l'adoption. Le couple taira alors définitivement ses questions et ses problèmes.

Le langage employé à propos de cette période de recherche d'adresse pour l'insémination, est fait de termes de "lutte", de "conflits", de "bagarre", de "revendication" "il faut se battre pour avoir des choses que l'on devrait nous donner". Il s'agit d'un langage de lutte syndicale.

Cette attitude des premiers médecins rencontrés sera souvent le point de départ d'une méfiance et d'une attitude soit agressive, soit tendue de ces couples arrivant au CECOS. De toutes façons, la plupart du temps, le couple devra taire ses problèmes car il sait que se livrer peut entraîner un refus ou faire différer le début des inséminations.

Insémination elle-même

Dans les conditions de l'insémination, sont évoquées en priorité les relations avec le médecin. Les couples sont en grande majorité gênés par des changements fréquents de médecins. Le bon contact avec le médecin, son dynamisme, son intérêt pour le couple, sa confiance dans le traitement, sont notés comme des facteurs de réussite. Ce contact avec le médecin pendant l'insémination est primordial pour certaines femmes et l'alternance obligatoire des médecins souvent douloureusement ressentie.

Médecins hommes, Médecins femmes ?

Les femmes parlent très peu de l'I.A.D. quand elle a été réalisée par un homme, nous pensons qu'il s'agit d'un *évitement* car les femmes inséminées par des inséminatrices, ou les femmes inséminées par leur mari en présence du gynécologue disent "on y pense moins", ce qui tend à montrer que dans une autre situation "on y pense beaucoup".

Les maris se sentent très soulagés lorsqu'ils apprennent que c'est une femme qui pratiquera l'insémination, car eux "y pensent".

La présence du mari

Les maris sont très présents aux I.A.D. malgré les contraintes : arrêts de

travail fréquents.

Très souvent ce sont eux qui désirent assister à l'I.A.D., pour que ce soit bien mon enfant" (10 fois).

Les maris qui n'assistent pas à l'I.A.D. accompagnent presque toujours leur épouse. Un mari ne voulait pas être présent délibérément "il ne faut tout de même pas exagérer". Certains, en assistant à l'I.A.D., ont ressenti "un pincement de coeur" (6),

"j'étais embêté, quand on pense à *ce qui s'est passé*" (14),

"c'était éprouvant pour moi" (12),

"j'ai eu peur pour ma femme, c'est un pistolet vous savez" (28).

Mais tous ceux qui ont éprouvé ces sentiments désagréables, tenaient à leur présence.

Pour les femmes aussi, le geste de l'I.A.D. est porteur de nombreux fantasmes.

Elles ont très peur, y pensent longtemps à l'avance, alors qu'elles sont des habituées des examens gynécologiques.

Le geste n'est pas seulement un geste médical, geste sur le corps, mais c'est un geste sur le sexe "pour mettre un enfant dans le corps".

La représentation terrifiante de l'I.A.D. à l'avance se rapproche des nombreux fantasmes sur le sperme. Le sperme de noir est cité plus de 15 fois dans nos entretiens, le sperme de prêtre est évoqué, et celui de prisonniers de Fresnes est une question d'une jeune femme enceinte par insémination !

Les réactions à l'acte vont de l'étonnement devant la simplicité, au refus de ce geste "c'est dégoûtant ce truc, cette mécanique pour faire un enfant" (28) "je ne suis pas une vache".

Très souvent elles éprouvent des manifestations somatiques : maux de ventre fréquents après l'insémination. L'atteinte du corps renvoie aux termes de souffrance et de courage, et leur permet ainsi de se resituer dans un contexte connu.

A quel cycle une grossesse est obtenue ?

Pour la majorité du 1er au 5ème cycle, nous remarquerons seulement que :

- les deux femmes désirant l'I.A.D. pour elles, cas n° 1, cas n° 5 : au 1er cycle.

- les femmes enceintes après un nombre important de cycles (9ème) ou les cas de femmes déjà inséminées sans succès dans le privé; Le record est celui d'une jeune femme qui a eu plus de 40 inséminations (elle ne savait plus bien) par sperme frais à Paris pendant 4 années consécutives. Cette femme a eu trois inséminations au CECOS. A la troisième, une série d'événements imprévus a dérangé ces habitudes. Elle a réussi son permis de conduire deux jours avant. La veille son mari tombe malade. Leur voiture est en panne. La seule voiture prêtée est une camionnette. Elle n'a jamais conduit sur l'autoroute. Courageusement elle part, uniquement préoccupée par la conduite, l'autoroute, la voiture. L'I.A.D. s'est passée dans l'angoisse du retour... Elle est enceinte, il s'agit de la 45ème insémination. Grossesse et accouchement sans problème. Une fille magnifique. Elle a terminé ses études pendant sa grossesse et travaille maintenant...

Deux autres jeunes femmes sont enceintes le mois où elles ont fait une demande d'adoption. Une femme est enceinte au 7ème cycle, allant à l'insémination poussée par son mari, mais était pour la première fois sûre qu'il n'y avait plus d'espoir et faisait des projets de vacances magnifiques pour oublier.

Une autre le devient au milieu de son déménagement qui la préoccupait totalement.

Il semble bien, à travers ces exemples, que pour un certain nombre de femmes, une détente est nécessaire pour obtenir une grossesse. L'idée fixe entretenue par le thermomètre, les voyages, les séjours à l'hôtel, les mensonges nécessaires à la famille et à l'employeur inhibe leur possibilité de grossesse. Comment les aider ?

Le Vécu à posteriori de l'I.A.D.

L'oubli est mentionné une trentaine de fois. Mais l'oubli de quoi ? de l'acte, de l'origine de l'enfant, du donneur dont ils ne parlent pourtant jamais ?

En fait le couple exprime ainsi l'arrêt de la fixation sur l'insémination, après sa réussite, dès que l'enfant bouge donc est présent pour ces parents. "On n'oublie pas mais on n'y pense plus" (16).

III - GROSSESSE - ACCOUCHEMENT

La première remarque sur la grossesse et l'accouchement est la banalité du ton ; la plupart n'en parlent pas ou très peu spontanément. "Ça s'est très bien passé", "Aucun problème". Pas de langage affectif, on parle plus facilement de douleur que de plaisir.

LA GROSSESSE

Le premier temps de retard de règles est une période d'excitation intense et de peur. *Le doute* est là, "Suis-je enceinte ou pas ?". La peur de la déception est telle que les femmes préfèrent ne pas croire aux résultats des tests de grossesse, ne se permettent pas d'être contentes, employant ainsi des *conduites magiques de conjuration*.

Lorsqu'un ou deux "vrais" tests de grossesse réalisés en laboratoire sont positifs et que leur médecin affirme la grossesse, *la peur de la fausse-couche* prend le relais de l'incrédulité de la grossesse.

La grossesse ne paraît certaine et la femme ne se sent *soulagée* qu'à la période où elle est *visiblement enceinte* et quelquefois lorsque le bébé bouge, ou qu'elle a pu "entendre les bruits du coeur du bébé", chez le gynéco-accoucheur.

Pourquoi cette grossesse, mise en doute, est *annoncée si tôt* par la femme à sa famille, ses amis, ses collègues ?

Annoncée, cette grossesse prend une certaine réalité. L'important dans cette grossesse est autant de *pouvoir être mère que de l'être*. DEBOUT (40) dans son enquête auprès de femmes demandant l'avortement, montre bien les deux composantes du désir de maternité : désir de grossesse et désir d'enfant, le passage se faisant au moment des mouvements de l'enfant. Et cette conversation du couple (28) après la fausse-couche de 3 mois 1/2 :

Lui : "Mais tu l'as annoncé immédiatement à tout le monde".

Elle : "J'étais contente d'être enceinte, je n'ai pas dit, nous allons avoir un enfant, c'était trop tôt".

illustre parfaitement ces deux aspects du désir de maternité.

Les craintes de fausse-couche, les craintes de malformation sont toujours présentes chez les femmes dans ce premier temps de grossesse, et diminuent progressivement. Nous en rapprocherons l'oubli progressif de l'I.A.D.

Physiquement les femmes se portent bien, mieux qu'avant leur grossesse dans de nombreux cas : fin de la dépression, fin de très nombreux symptômes comme la fatigue, les maux de tête, les insomnies, les cauchemars que nous pouvons qualifier, à posteriori donc, de psycho-somatiques. Ce bien-être physique entraîne souvent le retour à une vie dite "normale" de sorties, de rencontres familiales, de vacances. Elles présentent rarement les symptômes végétatifs de nausées ou vomissements, ou, interrogées, répondent "mais bien sûr, comme toutes les femmes enceintes": besoin des symptômes pour être sûr de sa grossesse ? fait culturel ?

L'altération émotionnelle habituelle chez les femmes enceintes n'est pas retrouvée ici, au contraire les femmes et leur mari décrivent une disparition de l'irritabilité faisant place au calme et à un moindre besoin de se raconter qu'avant.

Plusieurs hypothèses sont possibles :

- la stérilité et l'insémination ont été des périodes émotionnellement éprouvantes, la grossesse est une expérience de non souffrance inhabituelle.
- l'acte de l'insémination posé, l'ambivalence du désir d'enfant ne peut être conscient pendant la grossesse et tous les refus de l'enfant sont refoulés.

La pathologie de la grossesse témoigne bien de ce refoulement de tout ce qui peut être négatif dans cette grossesse. Deux femmes rencontrées ont eu un enfant après une première fausse-couche, leur deuxième grossesse s'est déroulée avec un cerclage et a nécessité un alitement de neuf mois. L'une nous a raconté ce fait sur le pas de la porte alors que nous prenions congé. L'autre ne l'a pas mentionné et nous avons trouvé cet élément dans le dossier. L'oubli d'une telle contrainte dans un entretien d'une heure nous paraît bien relever du refoulement.

Une seule grossesse a été dramatique : vomissements incoercibles, plusieurs hospitalisations, demande d'avortement immédiatement niée, toxémie en fin de grossesse et césarienne. L'enfant avait 18 mois quand nous l'avons vu et vomissait fréquemment (cas n° 4).

Cette histoire est remarquable pour illustrer l'impact de la religion dans cette famille. "Ce couple est de milieu très modeste, elle vient d'un département d'Outre-Mer. C'est un prêtre qui leur a parlé de l'I.A.D. la première fois". Elle

est enceinte le premier cycle. Une intervention contre l'I.A.D., entendue à la télévision par Mgr Lallier, évêque de Besançon, précède ... coïncidence ? ... les premiers vomissements de quelques jours.

En effet, pour me situer cette émission, la jeune femme dit à son mari "tu te souviens, c'était juste avant que je rentre à l'Hôpital".

Le même couple avait demandé au gynécologue s'il s'agissait de sperme de prêtre...

Ce qui est remarquable dans le vécu de ces grossesses est aussi *le mieux être physique de nombreux maris* qui ont aussi vu disparaître leur dépression, "j'ai pu arrêter les cachets", et certains symptômes "je n'ai plus du tout mal à l'estomac", "je dors mieux". Les hommes sont étonnés d'aller mieux et quelquefois parlent de leur crainte qui a petit à petit disparu.

Ils parlent pour la plupart de l'importance de la grossesse de leur femme, de *leur attention* à cet événement, et remarquent que sans leur problème de stérilité les grossesses les auraient beaucoup moins intéressés.

Quelquefois on pourra rapprocher cette attention, du désir de grossesse de l'homme, qu'il vit à travers celle de sa femme, sans jamais s'exprimer dans un syndrome de couvade cependant.*

Les femmes insistent toutes sur ce point en comparant (enfin !) avec leurs amies "il s'est beaucoup occupé de moi". Quelquefois cette attitude est exagérée jusqu'à la *surprotection* et la femme s'est une fois sentie très mal à l'aise à la fin de sa grossesse, la peur de son mari la limitant sans cesse. Que craignait ainsi le mari ?... Les nouvelles possibilités des femmes, ressenties depuis le début de leur grossesse, et la paradoxale attitude de protection de leur mari nous paraît bien illustrer ce qu'Eugénie Lemoine LUCCIONI (100) appelle le change de sexe entre les conjoints pendant la grossesse. "Ce change de sexe fait de la femme un père-mère, elle se virilise. Quant à l'homme, il devient maternel et se féminise. Il y a pour chacun identification au sexe de l'autre".

La grossesse est pour l'homme et la femme le signe et le moment de leur réinsertion sociale, de leur retour avec les autres. Une parole est possible, sur leur vie maintenant semblable à celle de leur entourage. Est-ce cette nouvelle possibilité de parler avec la famille, les amis, qui entraîne la pauvreté du discours sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement, déjà relevé en début de chapitre?

* cf. HAYNAL (70)

L'ACCOUCHEMENT

Les femmes parlent peu de leur accouchement comme de leur grossesse : ni de récit dramatique, ni de plaisir. Elles ont suivi l'accouchement sans douleur, et possèdent un vocabulaire, un discours officiel qu'elles n'utilisent pas. Est-ce parce que ce discours ne permet pas d'exprimer leur vécu ou parce qu'elles ne savent parler que de souffrance ?

"L'accouchement s'est bien passé". Une femme dit avoir vécu "le moment le plus merveilleux de sa vie".

Les seuls commentaires se font sur *la présence ou l'absence du mari*. L'assistance à l'I.A.D. et à l'accouchement concerne les mêmes maris. Ils en parlent en termes identiques : "il fallait que j'y sois pour que ce soit vraiment mon enfant".

Les maris, eux, parlent souvent de leur premier contact avec le bébé :

"j'étais très soulagé de la voir, je n'avais plus peur" (14),

"il n'y avait plus de problème, dès que je l'ai vu, j'ai senti que c'était mon fils" (11),

"c'est à ce moment que j'ai compris que la ressemblance n'avait aucune importance" (15).

En fait, *la naissance rassure les pères*, très souvent angoissés, inquiets de leur réaction devant l'enfant.

LES ENFANTS

D'emblée, nous dirons que les enfants sont beaux, ressemblent à leurs parents, font la joie et la fierté de ceux-ci.

- Les vingt enfants que nous avons vus ont un *développement physique, psycho-moteur et affectif* tout à fait comparable aux enfants de leur âge.

En interrogeant les mères sur les conduites alimentaires et le sommeil de leur enfant, nous retenons qu'aucun de ces enfants (sauf un, cas n° 4 déjà cité) n'a posé de problèmes : alimentaires, de sommeil ou de pleurs. Ces nourrissons se sont élevés facilement : mangent bien, dorment bien, ne vomissent pas, un seul a pleuré plus d'un mois la nuit. Notre échantillon est faible, cependant nous pensons trouver là plus qu'un hasard.

- Quelques femmes ont arrêté leur travail momentanément, pour *élever leur enfant*, quand leur profession le leur permettait. La plupart l'ont repris ou aménagé par un mi-temps, et l'enfant est confié à une crèche ou une nourrice pendant les heures de travail. Cette attitude tend à démontrer que l'enfant n'est pas la seule raison de vivre de leur mère, que le mari et les autres ne sont pas exclus d'un couple mère - enfant très fusionnel. Attitude signifiant aussi le désir de ces couples de vivre comme les gens de leur milieu, de retrouver les autres. Ces couples, conscients d'avoir beaucoup désiré et investi leur enfant, s'interrogent sur *l'éducation* et constatent qu'ils ont changé d'idée. Leur âge, leur souffrance, leur remise en question, leur tolérance nouvelle les poussent à des méthodes éducatives un peu différentes de celles pratiquées dans leur famille. Cependant ces différences n'entraînent jamais de situation conflictuelle. Plusieurs maris ont expliqué qu'avec un enfant adopté, ils seraient plus durs, pour ... "contre-balancer l'hérédité peut-être".

Tous les parents sont fiers de leurs enfants, âgés de 2 à 20 mois. Seuls deux pères ont jugé leurs enfants, phrases contrastant dans le discours heureux des parents. Ils sont le fait des pères des cas n° 4 et 5 cités à plusieurs reprises déjà.

Cas n° 4 :

Elle a 25 ans, lui a 45 ans, est divorcé, a eu 3 filles d'un premier mariage, stérilité secondaire consécutive à un traumatisme.

Le couple a beaucoup de problèmes. Elle voulait un enfant pour être comme la première femme. Elle pensait "sauver son ménage", elle était "certaine que si elle avait un fils, son mari serait si content qu'il n'y aurait plus de problèmes".

C'est une fille. Pendant tout l'interview, le mari n'a prononcé que deux phrases.

- l'I.A.D., je l'ai acceptée.

et à propos des craintes de malformation dont parlait sa femme :

- la malformation, elle se tient là, en montrant la tête de sa fille : c'est son horrible caractère.

Cas n° 5 :

Déjà mentionné à propos de la religion et de la pathologie de la grossesse.

- elle a le mal en elle, il faut l'élever durement.

Est-ce encore une conviction religieuse ?

Ce sont les deux seuls cas où la relation parents-enfant nous a paru perturbée. Pour le cas n° 5 de plus la relation entre les deux époux est mauvaise, exactement comme avant l'I.A.D., si ce n'est que la jeune femme ne croit plus au miracle de la naissance et essaye, bien que très déprimée, de trouver de l'aide.

Le désir d'un second enfant abordé 19 fois montre bien le plaisir du couple avec cet enfant. Pour la femme et pour l'homme, les motivations personnelles telles que le désir de grossesse, la valeur sociale de l'enfant ont fait place à un désir d'enfant pour l'enfant.

La relation entre la famille : grands-parents, oncles, tantes, et l'enfant est toujours excellente, que le secret soit partagé ou non.

L'inquiétude pour les enfants sur le plan de la santé nous a paru dans cet échantillon aussi variée que dans les consultations systématiques de P.M.I., il y a des mères anxieuses, des mères décontractées, et les pères s'occupent beaucoup de leurs enfants.

Une enfant d'une famille tout à fait équilibrée, qui ont depuis recommencé des I.A.D. pour un second, a eu des convulsions hyperthermiques à 18 mois. Et c'est devant cette peur que la mère affolée à repensé à l'I.A.D. "ce sperme ?". La culpabilité envers l'enfant ressort-elle à ce moment mais nous n'avons trouvé aucun ton de revendication, comme pour les fausses-couches par exemple.

La famille citée dans le chapitre l'Enquête, où l'enfant avait une malformation importante à la naissance, ne désire pas un second enfant par I.A.D. mais n'émet aucune critique ni revendication à propos du sperme.

Sur le plan du discours, deux remarques nous paraissent importantes :

- quand le couple parle de famille, il s'agit de leur propre famille s'il y a un enfant ou si l'accouchement est proche, par contre dans les préparations à l'insémination la famille est toujours celle de l'homme ou de la femme. Est-ce d'avoir fait un enfant, donc d'avoir pu faire comme ses propres parents que l'on passe de l'état d'enfant à l'état adulte ?

- les discours des couples parents et celui des couples déçus par une fausse-couche sont totalement différents dans le ton tout au long de l'interview.

Les couples avec enfants parlent de leur expérience, de leur vie, de leurs projets, de leur joie, en fait "leur vie est totalement changée depuis la naissance, ou plutôt depuis que nous avons cru en la grossesse". Et ce changement représente beaucoup plus que l'enfant, c'est "la sortie d'un tunnel". "Nous sommes enfin un couple comme les autres".

C'est le succès, l'arrêt des pleurs chaque mois, la fin du thermomètre. Les femmes peuvent revivre avec le monde qui les entoure : "les femmes enceintes, les enfants ne sont plus une épreuve dans la rue". La famille est enfin rencontrée avec plaisir, avec d'autres sentiments "que la culpabilité" ou "l'énervement devant les maladresses répétées ou la pitié".

LES FAUSSES-COUCHES

Le récit des fausses-couches est extrêmement banalisé, médical, aseptisé, au premier abord. Même tardif on ne parle pas de la perte d'un enfant, mais d'une péripétie de plus dans la course à l'enfant. Les mêmes termes sont employés dans l'entretien de chacun des couples pour parler de leur réaction à l'annonce de la stérilité irréversible et à la fausse-couche. Il s'agit de "découragement, dépression", "de pleurs" et "d'injustice", de malchance, d'épreuves. Puis les couples expriment souvent une revendication envers les médecins et envers le sperme congelé.

Cas n° 30 :

Une première fausse-couche après I.A.D. avec sperme frais. Seconde fausse-couche après I.A.D. sperme congelé.

Elle : "J'avais un traitement que le gynécologue a arrêté en me disant : vous allez avoir des anormaux".

Lui : "C'est difficile de comprendre ces histoires de médecins".

Elle : "C'est la même chose pour l'adoption, avec notre métier quand nous avons été mutés, on nous a dit de tout recommencer, c'est départemental paraît-il".

Lui : "Heureusement, nous on prend bien les choses, avant de savoir ma stérilité un jour en parlant avec un ami j'ai dit je me suiciderai si ça m'arrivait ! Pour la fausse-couche c'est pareil, on croyait qu'on ne supporterait pas".

Dans ce cas, on retrouve bien *la revendication* auprès des médecins, le rapprochement avec les échecs successifs comme l'adoption et avec le choc émotionnel dû à l'annonce de la stérilité.

Cas n° 29 :

Elle : "On m'a bien dit que c'était pas normal cette fausse-couche, j'aurais dû avoir un cerclage ou au moins des piqures ; j'ai pas été assez suivie".

.....

Elle : "Les inséminations, il savait pas les faire, c'était n'importe quand, n'importe comment, pas suivi, et puis le médecin n'y croyait pas, il ne nous encourageait pas".

Elle : "J'ai pleuré beaucoup, j'ai perdu 6 kg, depuis je n'ai plus envie de rien".

Lui : "Il ne faut pas t'en faire, c'est tout à fait normal une fausse-couche".

Elle : "Ça marche pas, parce que c'est pas naturel, ça marche avec les vaches".

Ici les problèmes avec les médecins sont rapprochés des difficultés de l'insémination.

Mais il apparaît un aspect nouveau et souvent repris : *la réassurance* par le mari. L'homme est peut-être réassuré par le partage des problèmes de fertilité.

Cas n° 17 :

Lui : "Bien sûr, ça peut arriver à tout le monde les fausses-couches, regarde dans ton atelier, ce n'est pas facile de faire un enfant".

Et dans ce cas, nous sommes confrontés, comme dans le cas n° 29, au *rejet* de l'insémination, pas naturelle, pour les vaches ...:

Cas n° 28 :

Couple où le mari est en analyse depuis deux ans.

Elle : "Je voulais un enfant de lui, pas un enfant à tout prix".

Lui : "Je pense que c'est le dernier refus de l'insémination, le seul moyen pour toi de l'exprimer".

Elle : "Cette fausse-couche, c'est ce petit truc qui m'a secouée, cette petite seringue, cette mécanique pour faire un enfant.

Pourtant je l'ai tant attendu, tant annoncé, cet enfant".

IV - LE SECRET

"Sans doute est-il prudent, sinon sage, de dire que la vérité ne peut que rester cachée. Quel enfant n'est véritablement merveilleux, quelle source à son jaillissement n'est miraculeuse ?" S. LECLAIRE dans "On tue un enfant".

Dans ce chapitre, nous verrons successivement le contenu, les modalités, les motifs invoqués, les conséquences et le vécu du secret.

Le Contenu

Au maximum toute l'histoire de leur stérilité est tenue cachée : non seulement l'I.A.D., mais la responsabilité masculine et même quelquefois le problème de stérilité, en se faisant croire volontairement sans enfant.

Le plus souvent ce qui est caché, est la responsabilité masculine et l'I.A.D.

Quelquefois, seule l'I.A.D. est dissimulée.

Les Modalités

Comment se réalise la mise à part de ce savoir : la stérilité masculine et l'I.A.D., sources de questions ou d'allusions dans la famille et les milieux de travail ?

On retrouve trois modalités. Avec les autres en général et quelquefois avec les parents, la famille, le mécanisme le plus employé est le *non-dit*, c'est-à-dire la non-communication d'une information.

"Nous avons décidé de n'en parler à personne, c'est-à-dire de ne rien dire" (13).

Pour la famille, la culpabilité, créée par la stérilité et par l'I.A.D., entraîne le plus souvent *un mensonge*, le non-dit leur paraît impossible, les couples préfèrent prendre les devants et apporter une raison à cette grossesse. Si le couple emploie le non-dit, il l'assimile de toutes façons à une tromperie.

Un couple, pour lequel la situation est extrêmement délicate, a préféré *le refus de répondre aux questions* de la famille : *le silence*. Pour ce couple (8), l'I.A.D. a été pratiquée pour un problème génétique dans sa famille à lui. La grossesse réveille alors toutes les peurs déjà évoquées lors de leur mariage. La jeune femme dit : "à ma mère, je n'en parlerai jamais même pour la tranquilliser, car pour elle c'est aussi tabou que l'avortement. Par contre ma belle-famille est révalorisée par ma grossesse et nous ne pouvons leur dire pour cela, ils seront si contents à la naissance". Dans ce cas le mensonge pour les deux familles a des significations et des conséquences très différentes, mais le couple entendait bien garder cachée l'I.A.D. C'était leur problème, au même titre que les 13 ans de contraception nécessaires avant la décision de l'I.A.D.

Comment s'organise ce secret en face des autres ? à qui est communiqué ce secret quand il l'est ?

Le plus souvent le *secret est total* : 26 fois sur 44 couples, c'est-à-dire partagé seulement avec les médecins du CECOS et quelquefois avec l'accoucheur 20 fois. Le partage avec ces tiers étant *protégé par le secret médical*. Le médecin de famille, le pédiatre de l'enfant, ne sont jamais au courant.

Notre enquête nous a permis de découvrir l'existence des fausses adresses et d'une rupture avec le centre masquant une naissance. Nous pensons ainsi que certains abandons dissimulent une grossesse et une naissance, le couple assurant ainsi une protection supplémentaire à son secret.

Le secret est 18 fois partagé avec un ou plusieurs membres de la famille ou avec des amis intimes.

Avec :

le père de l'homme	: 2 fois (1 fois il s'agit d'un médecin)
le père de la femme	: 1 fois (c'est un médecin)
la mère de la femme	: 4 fois
toute la famille de la femme	: 1 fois
les parents d'elle et de lui	: 2 fois
une soeur jumelle de l'épouse	: 1 fois
des amis intimes	: 5 fois
des amis médecins ou para-médicaux	: 4 fois

La mère de la femme est considérée comme la confidente "normale" de la femme inséminée.

"Nous avons décidé de ne le dire à personne, même à ta mère" (3).

Cependant, la belle-mère n'est jamais mise au courant par simple désir de communication et de possibilité d'échange. Il semble bien que ce soit la culpabilité, l'impossibilité de cacher cela à sa mère qui est mise en jeu par la femme, l'impossibilité d'être une adulte, de ne plus être une petite fille qui doit tout dire, car le "petit doigt" sait tout. "J'ai bien été obligée de lui dire, elle s'en serait doutée, une mère ça sent ces choses chez sa fille" (18).

Les maris supportent assez mal la révélation de leur stérilité masculine à leur belle-mère "je me suis toujours fait traiter de bon à rien, là c'est le bouquet" (29). Une fois même (cas déjà cité dans le chapitre de l'enquête n°23) la belle-mère au courant, a prévu les pires calamités pour cet enfant pendant toute la grossesse. A la naissance, l'enfant était malformé et la mère triomphait "je vous l'avais bien dit". C'est à ce moment que le couple l'a fait taire et s'est pris réellement en charge.

C'est au sein de la famille que se nouent les problèmes, les peurs du couple devant ce secret, le *regret* de la communication. Quant le secret est partagé par un membre de la famille médecin, c'est au médecin et non au père par exemple que cette information est confiée, on ne trouve jamais alors d'émotions ni d'investissement affectif dans le langage.

Deux fois la famille au courant a vraiment aidé les couples. Le père de lui mis au courant par son fils, a joué le rôle du tiers aimant et permettant de se situer en face de son désir d'enfant. "Sans les discussions nombreuses avec mon père, je n'aurai pas pu devenir père à mon tour" (15).

Un cas est assez remarquable pour le partage du secret avec un grand nombre de personnes, mais très électif cependant. C'est toute la famille d'elle qui est au courant, pieds-noirs, ils vivent tous très proches, travaillant ensemble, se voyant tous quotidiennement. La stérilité du mari a été partagée par toute la famille, et en 1970 l'émission d'Igor Barrère à la télévision a concerné toute la famille. La famille de lui est totalement écartée du secret. C'est pour cette interview que nous avons été reçue par la femme et sa soeur, puis avons vu le mari et le beau-frère. L'I.A.D. était réellement pour eux une histoire de famille (14).

Quand le secret est transmis à des amis intimes, ce n'est jamais en parlant de secret. Le secret est toujours évoqué en tant que tel à propos de la famille.

Les amis avec lesquels les couples parlent sont des *dépositaires* du secret mais ne sont pas directement concernés par le secret. C'est pour cela certainement que le partage avec des amis est toujours senti "libérant" par les couples. Avec la famille, directement concernée, le couple se sent coupable, est obligé de se justifier, de se défendre le plus souvent.

"Avec les amis, on pouvait dire ce qui nous poussait, ce qui nous retenait et embêtait. Avec les parents, nous n'avons jamais parlé que des aspects positifs" (2). Dans la famille, le couple ne peut pas parler. En effet le secret existe surtout en fonction du destinataire ? Et les destinataires du secret sont soit l'enfant soit la famille.

Une fois, le secret n'en était pas un. Etonnée à la fin de l'interview de ne pas avoir une seule fois entendu aborder ce thème, nous avons demandé "Et le secret". "Le secret, quel secret ?" Le couple nous a expliqué qu'ils avaient toujours parlé de leur problème, considérant qu'être stérile était du même ordre qu'un autre handicap et qu'en parler permettait de mieux le vivre. Il ne s'agit pas alors d'un partage du secret, mais plutôt d'une révélation de la stérilité.

Les Motifs

Les raisons du secret quand elles sont données, ce qui est très rare dans les interviews, sont en fait les destinataires, c'est-à-dire l'enfant et les parents: "C'est pour l'enfant" (10 fois).

Pour la plupart des couples, la révélation à l'enfant n'est même pas une question "c'est notre enfant".

Mais certains, après s'être interrogés, pensent ne pas le dire à l'enfant plus tard.

Le couple qui parle librement de l'I.A.D. autour d'eux, pense le dire à leur enfant "dès qu'il pourra comprendre ces choses-là".

Un autre couple, parents de deux enfants nés par I.A.D., pense qu'ils aborderont ce problème plus tard suivant l'évolution des mentalités et qu'ils ne savent pas maintenant ce qu'ils feront dans 10 ans.

Mais l'enfant est donc évoqué comme la cause du secret "pour qu'il ne l'apprenne pas", "pour qu'on ne le regarde pas comme une bête curieuse", "pour qu'il n'y ait pas de bruits de couloir".

En fait, bien que le couple dise d'une part "nous, ça ne nous gêne pas" plus loin ou quelques phrases après, on relève "mais, on ne voudrait pas que l'on sache que nous...". Ce secret a surtout un rôle de *protection* : protection de la blessure narcissique de l'homme à propos de sa stérilité, protection contre les agressions pour la femme (agression de la part des autres hommes).

Le secret est *en fait* "*un contrat de secret*" du couple, et sa révélation entraînerait une rupture... " Si je savais que tu en parles, ce serait une cause de divorce" (32)

En fait l'organisation du secret est extrêmement complexe et nous citerons Guy ROSOLATO. "Le non-dit". Nouvelle Revue de Psychanalyse n° 14. Du Secret, automne 1976.

"Le secret est donc d'abord ce que l'on refuse pour des raisons morales ; et nous mettrons bien entendu, dans ce cadre tout ce qui touche à la sexualité puisqu'elle est régie dans toutes les sociétés par des interdits qui concernent tant le mariage que les rapports sexuels et leur intimité...

Mais il est un autre type de secret. On aime taire ce qui fait souffrir, oublier jusqu'à l'existence des maux. La douleur, le deuil, la mort, la folie, le ridicule et les coups du sort, les faiblesses, les infirmités, le passé difficile, les origines humbles ou sordides sont autant de faits que l'on cache..."

Le Secret, quand il est abordé, parlé par le couple, décidé entre eux, paraît mûrissant pour le couple, comme tous les problèmes qu'ils ont abordés et vécus ensemble.

Autres Thèmes

Il faut noter qu'une part importante des interviews n'est pas citée dans les chapitres précédents. Il s'agit de thèmes ne concernant pas directement l'I.A.D. : les thèmes regroupés autour de la médecine, puis de la psychologie des enfants et de l'éducation. Tout autre problème d'éducation sexuelle ou du travail de la femme ont été abordés. Il semblait bien s'agir du besoin de parler avec quelqu'un qui partageait le secret le plus intime, donc tout était possible.

Il est évident que tous ces sujets offraient une possibilité d'écoute et d'analyse tout aussi valables, mais cet aspect a été volontairement éludé vu la surabondance du matériel centré sur l'I.A.D.

C O N C L U S I O N S

Ce travail est une introduction à l'étude du vécu psychologique de l'I.A.D. Nous avons entrepris nos investigations dans le but d'apporter une réponse aux questions des gynécologues et des autres médecins directement concernés par l'I.A.D. : quels sont ces enfants nés par insémination artificielle et quelle relation de couples induisons-nous par cette technique ? Comment pouvons-nous les aider ?

Les résultats des interviews nous ont permis d'ébaucher l'analyse des comportements des couples dans diverses situations correspondant à la stérilité et à ses conséquences. Nous pensons que cette banalisation peut contribuer à la compréhension et à la dédramatisation devant certains comportements.

Les histoires singulières de ces couples n'ont de sens que dans leur relation conjugale, leur relation avec leur enfant, leur relation avec les autres.

La plupart des interviews font clairement apparaître le désir, le besoin de parler et d'être écouté et dénoncent l'isolement et le silence dont souffre le couple depuis l'annonce de la stérilité masculine.

Une écoute attentive permet à l'homme et à la femme, en tant qu'individus, et en tant que couple, d'écouter leur propre parole et de vivre la stérilité dans une démarche qui leur est propre. Les généralités sur le comportement des personnes inséminées ne permettront jamais à une personne particulière de trouver un sens à son désir d'enfant. Il n'y a pas de réponse "d'avance".

Le couple doit être accepté dans son contexte et avec son langage et le médecin devra donc se situer différemment et renoncer à sa toute puissance médicale, ne plus être l'homme qui permet ou refuse le droit d'avoir un enfant.

Ce travail voudrait être une incitation à une pratique médicale où l'écoute permette au couple de se situer à chaque phase critique (annonce de la stérilité, demande d'I.A.D., pratique de l'I.A.D.) de l'évolution de son désir d'enfant.

Vu le Directeur de l'UER Grange-Blanche,
Professeur B. SALLE

Le Président de la Thèse,
Professeur Y. ROCHET

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 24 février 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard,
Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

1. ABARBANEL A.R. et BACH G.
"Group psychotherapy for infertile couples".
International Journal of Fertility, 1959, 4, p. 151.
2. ALBY N.
"L'enfant de remplacement".
L'Evolution psychiatrique, 1974, tome 39, fascicule 3, p. 557-567.
3. ALLAIS A.
"Allais ... grement".
Le livre de poche, 1965, 30.
4. AMNON DAVID M.O. and DALIA AVIDAN M.A.
"Artificial insemination donor : clinical and psychologic aspects".
Fertility and sterility, mai 1976, vol. 27, n° 5, p. 528-532.
5. ARIES Ph.
"L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien régime".
1ère édition 1960, Paris Seuil (Coll. Points), 1975.
6. BALINT M.
"Le médecin, son malade et la maladie".
1960, Presses Universitaires de France.
Petite Bibliothèque, Nouvelle Ed. Payot, 1966.
7. BALINT M. et E.
"Techniques psychothérapeutiques en médecine".
Petite Bibliothèque Payot, 1966.
Nouvelles Editions 1970.

8. BALINT E.
"Changements possibles chez les médecins ayant participé aux séminaires Balint".
Médecine et Hygiène, 6 février 1974, n° 1088, p. 179-181.
9. BARGUES R., RAIMBAULT G., STERN L.
"L'enfant du docteur".
Silicet, Ed. du Seuil, Paris, 1975, 5, p. 141-146.
10. BAYLE H. et GOUYON Ch.
La stérilité masculine, rapport du Congrès de l'Association française d'Urologie.
Paris, 1953.
11. BEER S. et PALMER R.
"A propos de l'insémination artificielle avec donneur".
Comptes-rendus de la Société française de gynécologie, 1967, XXXVII, n° 6, p. 441-452.
12. BEETSCHEN André
"Sur le désir d'enfant".
Communication de septembre 1976 aux Journées de Perfectionnement pour les Sages-Femmes de Lyon.
13. BEHRMAN S.J.
"Artificial insemination".
International Journal of Fertility, 1961, 6, p. 291-297.
14. BELAISCH J.
"Réflexions sur les stérilités présumées psychogéniques".
Revue médicale, 1970, n° 33, p. 131-138.
15. BELAISCH J. et COHEN A.
La stérilité.
Edité par les Laboratoires SEARLE en 1975.
16. BENEDEK T.
"Infertility as a psychosomatic defense".
Fertility and sterility, 1952, 3, p. 507-537.
17. BENEDEK T.
"Psychosexual functions in women".
Ronald, New-York, 1952.

18. BENEDEK T. et Coll.
"Some emotional factors in infertility".
Psychosomatic Medicine, 1953, 15, p. 485 - 490.
19. BENEDEK T.
"Parenthood as developmental phase".
Journal of the American psychoanalytique Association, 1959, 7, p. 389-417.
20. BENEDEK T.
"The organization of the reproductive drive".
The International Journal of Psycho-Analysis, 1960, 41, XVI, p. 1-15.
21. BONHOMME J.
"Adoption ou insémination artificielle".
Le Concours Médical, 1966, 19, III, p. 1973-1977.
22. BRIGUET, LAMARRE M.
"L'entretien psychologique avec des couples demandant l'I.A.D."
Gynécologie, 1976, XXVII, n° 2, p. 145-146.
23. BURTHIAULT R.
"Psychologie du couple stérile".
Revue Lyon Médical, 1970, XIX, n° spécial, p. 29-34.
24. CARY W.H.
"Results of artificial insemination with on extra-marital specimen"
(Semi-adoption).
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1948, 56, p. 727-732.
25. Docteur CHADEYRON Pierre-André
"Petite fantasmagorie pour une femme enceinte".
Collection Vie affective et sexuelle - Casterman Via 1965.
26. CHADEYRON P.A.
"L'agressivité de la femme enceinte".
Femme et Enfant Fr., 1973, n° 2, p. 91-100.
27. CHALIER André
"La stérilité conjugale. Stérilités féminines, stérilités masculines, I.A."
L'Expansion Scientifique Française, 1953.

28. CHARTIER M. et JAMES M.

"Stérilité conjugale".

E.M.C., Paris, 1974, 4, Gynécologie

739 A. 10

739 A. 50

740 A. 10

29. CHEVALIER R.A.

"L'insémination artificielle et la loi des adoptions dans le mariage stérile".

Gynécologie pratique, 1953, t. IV, n° 1, p. 7-21.

30. Dr CHEVALLIER Guy

"Je veux un enfant. Le livre des couples qui se croient stériles".

Ed. Stock, collection Laurence Pernoud, p. 185-198.

31. CLAVREUL J.

Le couple pervers
dans

"Le désir et la perversion"

avec P. AULAGNIER, SPAIRANI, PERRIER F., ROSOLATO G., VALABREGA J.P.

Le champ freudien, Ed. du Seuil, 1967.

32. COGNAT M.

"Le couple stérile".

Horizons médicaux, 1975, 12, 390, n° 212, p. 37-50.

33. COHEN Jean et THIBAUT C.

"Fécondité et stérilité du mâle. Acquisitions récentes".

Masson et Cie, Paris, 1971.

34. COHEN H.R.

"The psychosomatic factor in infertility".

International Journal of Fertility, 1961, VI, 6, p. 369-375.

35. COHEN Jean

"Les stérilités masculines en pratique gynécologique".

Masson et Cie, Paris, 1972.

36. CZYBA J.C., COSNIER J., GIROD J. et LAURENT J.L.

Ontogénèse de la sexualité humaine.

Ed. SIMEP, 1974.

37. CZYBA J.C. et ROCHET Y.

"L'insémination artificielle".

Cahiers Médicaux Lyonnais, 1973, 41, p. 4353-4355.

38. CYRULNIK B.

"Approche éthologique de la sexualité".

E.M.C. Psychiatrie, décembre 1972, 34, 1.

39. DAVID G.

"Les banques de sperme".

Fertilité Orthogénie, 1973, 5, p. 317-322.

40. DEBOUT Michel

"La fonction de grossesse".

Revue de psychologie médicale, 1975, t. 7, n° 5.

41. DESGRAUPES P.

"L'ère des éprouvettes : entretien avec le professeur DAVID et MISES R."

Le Point, 18 août 1975, n° 152.

42. DE WATTEVILLE H.

"Psychologic factors in the treatment of sterility".

Fertility and sterility, 1957, n° 1, p. 8-12.

43. DOLTO F.

"La genèse du sentiment maternel, éclairage psychanalytique".

Bulletin de la société française de psycho-prophylaxie obstétricale, 1967, 32, 4ème trimestre, p. 43-55.

44. DOLTO F.

"La libido génitale et son destin féminin".

Journées internationales d'Amsterdam, 1960.

45. DOUAY E.

"Fécondation artificielle".

Gazette Médicale de France, 1930, 15, n° 2.

46. EDWARDS

"La fécondation humaine in vitro".

Actualités gynécologiques, 1972, Masson Editeur, p. 47-54.

47. ENGELS Fr.

Préface de la première édition, 1884.

"L'origine de la famille, de la propriété et de l'Etat".

Paris, 1969, Editions sociales.

48. FARRIS E.J. et GARRISON M.

"Emotional impact of successful donor insemination".

Obstétrique Gynécologie, 1954, III, n° 19, p. 19-20.

49. FAYOLLE G.

Considérations pratiques sur l'infertilité conjugale et statistiques de 270 cas".

Compte-rendu de la société française de gynécologie, Octobre 1952, XXIIe année, n° 7, p. 302-305.

50. FEDIDA P.

Psychose et parenté in "Critique".

Novembre 1968, Editions de Minuit.

51. FERREY MARTIN Annie

"De l'autre côté de la maternité".

Cahiers libres de Maspero, Paris, 1975, n° 264-265.

52. FESTINGER et KATZ

"Research methods in the behavioral sciences".

(the dryden Press New-York, 1953).

traduit par LESAGE H.

"Les méthodes de recherche dans les Sciences sociales".

Paris P.U.F., 1963, tome 192, p. 752, cf. Ch. X :

"L'analyse du matériel qualitatif" par CARTWRIGHT P., p. 481 à 537.

53. FREYSSENAT Michel, IMBERT Fr., PINSON Monique

"Conditions d'exploitation de la force de travail".

Données statistiques : 1945 - 1975.

54. FREUD S.

Manuscrit M et lettre du 20.6.1898 in

"La naissance de la psychanalyse".

P.U.F., p. 181-182 ; 227-228.

55. FREUD S.

Le Président Schreber in

"Les cinq psychanalyses".

P.U.F., 1972.

56. FUNCK BRENTANO P.

Problèmes généraux de la stérilité masculine dans
 "La fonction spermatogénique du testicule humain".
 Masson et Cie, Paris, 1959.

57. GERNIGON C.

"La participation masculine dans la stérilité conjugale".
 Revue du praticien, 1971, t. 21, n° 18, p. 3069-3074.

58. GERSTEL G.

"A psycho analytic view of artificial insemination".
 American Journal Psychotherapie, 1963, tome XVII, n° 1, p. 64-77.

59. GRANOFF Vladimir

Desire for children, children's desire : un désir d'enfants.
 La psychanalyse, Paris, 1956, volume 2.

60. GREEN André et DONNET J.L.

"L'enfant de ça".
 1973, Editions de Minuit.

61. GREGOIRE A.T. and MAYER R.C.

"The impregnators".
 Fertility and sterility, 1965, 16, 130, p. 130 à 134.

62. GUERY M.F., LERICHE A.M., COHEN J.

"Incidences psycho-sexuelles des traitements pour stérilité".
 Contraception, Fertilité, Sexualité, 1975, 3, n° 5, p.333 - 338.

63. GUTTMACHER A.F.

Role of artificial insemination in treatment of sterility.
 Obstetrics and Gynecology, 1960, 15, p. 767.

64. GUYOTAT Jean

La place du Père dans la psychose et dans l'institution.
 Non paru.

65. GUYOTAT Jean

La filiation fantasmatique dans les psychoses.
 Colloque de l'Evolution Psychiatrique, Rennes, 12 juin 1976.

66. GUYOTAT J. et AUDRAUS de la BASTIE M.

Economie dépressive et filiations.
 Congrès de Psychanalyse Genève Mai-Juin 1976.
 (à paraître dans Revue Française de Psychanalyse, 1977).

67. HAMAN J.O.

"Results in artificial insemination".

Journal of Urologie, Baltimore, 1954, 72, n° 3, p. 557-563.

68. HARE E.H., PRICE J.S., SLATER E.T.O.

"Fertility in obsessional neurosis".

Brit. J. of Psychiatry, G.B., 1972, 121, n° 561, p. 197-205.

69. HARTEMANN J., LOUYOT J.

"Insémination artificielle. Aspects psychologique et moral, social et religieux".

Bulletin de la Fédération des Sociétés Gynécologiques et Obstétriques, 1957, IX, 1 bis, p. 338-368.

70. HAYNAL A.

"Le syndrome de Couvade".

Annales médico-psychologiques, t. 1, n° 4, p. 539-571.

71. HEIMAN M. and KLEEGMAN S.

"Insemination : a psychoanalytic and infertility study".

Fertility and sterility, 1966, 17, n° 1, p. 117-125.

72. HERVET E., BARRAT J.

Dans "Stérilité, Contraception" : "Les précis du praticien".

J.B. Baillière et Fils, p. 255-257.

73. HORNEY Karen

"La psychologie de la femme".

Recueil d'articles, Paris, Payot, 1969.

74. HORNSTEIN

"A propos de la stérilité masculine".

Cahiers du Collège de Médecine, 1969, 10, 12, p. 983-990.

75. IIZUKA R. et Coll.

"Medical analysis and sociological side lights of heterologous artificial insemination".

International Congress Fertility and Sterility Tel-Aviv, 1968.

76. IIZUKA R., SAWADA Y. and NISHINA N.

"The physical and mental development of children born following artificial insemination".

International Journal of Fertility, 1968, vol. 13, n° 1, p. 24-32.

77. IRIGARAY L.

Psychanalyse de la sexualité féminine.

Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris Gynécologie, 1973.

78. JACKSON M.H.

"Artificial insemination" (donor).

Eugen Rev., 1957, 48, p. 203-207.

79. JONDET M.C. et NETTER A.

"Les problèmes moraux et médico-légaux de l'I.A. hétérologue".

Gazette Médicale de France, 1975, t. 82, n° 8, p. 781-788.

80. KAMMAN G.R.

"The psychosomatic aspects of sterility".

Journal of the American Medical Association (Chicago), 1946, 130, n° 17, p. 1215-1218.

81. KASHAMURA Anicet

"Famille, sexualité et culture".

Payot, Bibliothèque scientifique, 1973.

82. KAUFMAN S.

"Impact of infertility on the marital and sexual relationship".

Fertility and sterility, 1969, 20, n° 3, p. 380-384.

83. KLEEGMAN S.J.

"Therapeutic donor insemination".

Connecticut Medical, 1967, 31, p. 705.

84. KLEIN Mélanie

Réflexions sur Oreste in

"Envie et gratitude".

Gallimard, 1968.

85. KLEIN Mélanie et RIVIERE Jean

"L'amour et la haine".

Petite Bibliothèque Payot, 1975.

86. KLEIN Mélanie

"Le développement d'un enfant" in

"Essais de psychanalyse".

Collections Sciences de l'Homme, Editions Payot, 1976.

87. KOUPERNIK C.

"Aspects médicaux et psychologiques de l'adoption".

Concours médical, 1962, vol. 84, fasc. 7, p. 4115-4119.

88. KUOH-MOUISSOURY

"Les couples dominos".

Ed. Julliard, 1973.

89. LAIK Madeleine

"Fille ou garçon".

Collection Femme - Ed. Denoël Gonthier, 1976.

90. LAING et EMERSON

"L'équilibre mental, la folie et la famille".

Ed. Maspero, 1971.

91. LAING R.D.

"La politique de la famille".

Stock, Paris, 1972.

92. LAMPE Ch. et MASTERS Wh.

"Problems of male fertility".

Fertility and Sterility, 1956, 7, p. 123.

93. LANGER G., LEMBERG E., SCHARF M.

"Artificial insemination : a study of 156 success full cases".

International Journal of fertility, July-September 1969, vol. 14, n° 3,
p. 232-240.

94. LANSAC J., THARANNE M.S.

"L'insémination artificielle humaine".

Revue médicale de Tours, 1976, t. 10, n° 7, p. 953-956.

95. LAUNAY Cl., SOULE M., VEIL S.

"L'adoption : données médicales, psychologiques et sociales".

Ed. Sociales françaises, Paris, 1968.

86. KLEIN Mélanie
"Le développement d'un enfant" in
"Essais de psychanalyse".
Collections Sciences de l'Homme, Editions Payot, 1976.
87. KOUERNIK C.
"Aspects médicaux et psychologiques de l'adoption".
Concours médical, 1962, vol. 84, fasc. 7, p. 4115-4119.
88. KUOH-MOUISSOURY
"Les couples dominos".
Ed. Julliard, 1973.
89. LAIK Madeleine
"Fille ou garçon".
Collection Femme - Ed. Denoël Gonthier, 1976.
90. LAING et EMERSON
"L'équilibre mental, la folie et la famille".
Ed. Maspero, 1971.
91. LAING R.D.
"La politique de la famille".
Stock, Paris, 1972.
92. LAMPE Ch. et MASTERS Wh.
"Problems of male fertility".
Fertility and Sterility, 1956, 7, p. 123.
93. LANGER G., LEMBERG E., SCHARF M.
"Artificial insemination : a study of 156 success full cases".
International Journal of fertility, July-September 1969, vol. 14, n° 3,
p. 232-240.
94. LANSAC J., THARANNE M.S.
"L'insémination artificielle humaine".
Revue médicale de Tours, 1976, t. 10, n° 7, p. 953-956.
95. LAUNAY Cl., SOULE M., VEIL S.
"L'adoption : données médicales, psychologiques et sociales".
Ed. Sociales françaises, Paris, 1968.

96. LAWSON H.D., PINARA W.Z. et MEAKER J.R.
"Sociologic and psychological aspects of artificial insemination with donor semen".
Journal of the American Medical Association (Chicago), 1951, vol. 145, fasc. 14, p. 1062-1064.
97. LEBECH P.E.
"Banques de sperme humain".
Colloque de la Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité.
Ed. Masson, Paris, 1972, p. 349-359.
98. LECLAIRE Serge
"On tue un enfant".
Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 1975.
99. LEMAIRE J.G.
"Les thérapies du couple".
Ed. Payot, Paris, 1971.
100. LEMOINE LUCCIONI Eugénie
"Le partage des femmes".
Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 4ème trimestre 1976.
101. LEVIE L.H.
"An inquiry into the psychological effects on parents of artificial insemination with donor semen".
Eugen Revue, 1967, 59, p. 97-105.
102. LEVY STRAUSS Cl.
"Structures élémentaires de la parenté".
Paris Mouton, 1967.
103. LOUROS N.G.
"Contre l'insémination hétérologue".
Gynécologie, 1973, t. XXIV, n° 3, p. 305-306.
104. LOVSET J.
"Artificial insemination : attitudes of patients in Norway".
Fertility and Sterility, 1951, n° 2, p. 415-429.

105. LUTAUD A.
"Précis des maladies des femmes".
Masson, Paris, 1883, p. 388.
Cité dans MILLET : "L'I.A.D." dans Actualités en gynécologie-obstétrique.
106. MAC LEOD A.W.
"Some psychogenic aspects of infertility".
Fertility and sterility, 1964, 15, p. 124-134.
107. MAC LEOD J.
Male infertility in
"Advances in Obstetric and Gynecology".
Baltimore, 1967.
108. MAI F.M., MUNDAY R.N., RUMP E.E.
"Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples".
Psychosomatique Medical U.S.A., 1972, 34, n° 5, p. 431-440.
109. MARCEL G.
"L'insémination artificielle. Incidences psychologiques et morales".
Cahiers Laënnec, 1949.
Cité dans thèse Viala B. (162).
110. MASTERS W.H., JOHNSON V.E.
"Les mésententes sexuelles et leur traitement".
Ed. Robert Laffont, Paris, 1971.
111. MANDY T.E. et MANDY A.J.
"The psychosomatic aspects of infertility".
International Journal of Fertility, 1958, 3, n° 2, p. 287-295.
112. MATTEI
"I.A. et banques de sperme : les questions que tout le monde se pose".
Centre des problèmes de reproduction et de sexualité humaines.
Centre St Pierre, 165 rue St Pierre, 13005 Marseille.
113. MEAD Margaret
"L'un et l'autre sexes".
Ed. Denoël Gonthier, Collection Femme, 1975.

114. MENDEL G.
"La révolte contre le Père".
1968, Payot, Paris.
115. MICHEL WOLFROMM H.
"Etude psychologique du couple stérile".
International Congress Séries, n° 33, Excerpta Medical Foundation, 1961,
p. 67-70.
116. MILLET D.
"L'insémination artificielle. Actualités en gynécologie obstétrique".
Sandoz Ed., 1974, n° 15.
117. MILLOT J.A.
"L'art de procréer les sexes à volonté ou histoire physiologique de la
génération humaine".
4ème édition, Migneret imprimeur, Paris, 1800.
Cité dans ... MILLET D.
118. MISES Roger
"Approche psychologique de l'insémination artificielle avec donneur.
Contraception. Fertilité. Sexualité."
Numéro spécial des Journées d'étude et de bilan sur la contraception,
1976, vol. 4, n° 7, p. 600-601.
119. MISES Roger
"Approche psychologique de la demande".
Revue "Echange", 1973, n° 115.
120. MORGAN Eliane
"La fin du surmâle".
Ed. Calmann Levy, 1973.
121. MULDWORF B.
"Le métier de père".
Ed. Casterman, poche, coll. Via, Paris, 1972.
122. NETTER A.
"La stérilité masculine".
Communication : journées endocrinologiques de l'hôpital Necker, 1971.

123. NIJS, ROUFFAL A.T.D.
"Couples : psychological and psycho-pathological evolution in Andrologia".
1975, 3, 7, p. 187-199.
124. NIJS Piet
"Aspects psychosomatiques de l'insémination artificielle".
Cahiers de Sexologie clinique, 1976, vol. 12, n° 3, p. 261-272.
125. NIJS P.
"Donor inseminatie (sociaal) psychologische aspecten".
T. Geneesk., 1972, 23, p. 1540-1546. Cité dans NIJS (124).
126. NOYES R.W., CHAPNICK
"Literature on psychology and infertility in critical analysis".
Fertility and sterility, 1964, 15, p. 543-558.
127. ORAISON Abbé Marc
"Les problèmes moraux et médicaux légaux de l'I.A. hétérologue".
Gazette Médicale de France, 1975, 82, 8, p. 787.
128. PALMER R., BEER S., GUILLON G. and PROUST-PERRAULT J.
"Artificial insemination in the treatment of sterility".
The medical aspects, 1970, Gazette Médicale de France, 77, p. 6017-6026.
129. PATERNITE et VIRILITE
Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques.
"Convergences" - S.P.C.S. Paris.
130. PASINI W.
"Psychodynamique du désir d'adopter".
Fertilité Orthogénie, 1972, 44, p. 145-148.
131. PASINI W.
"Aspects psychologiques de la stérilité et leurs traitements".
Schweiz Rundschau Medical (Paris), 1973, 62, n° 48, p. 1486-1492.
132. PASINI Willy
"La dimension psychologique de l'insémination artificielle hétérologue".
Contraception, Fertilité, Sexualité, septembre 1975, vol. 2, n° 5, p. 309-312.
133. PASINI Willy
"Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psychosomatique".
Médecine et Hygiène, 1971, 29, p. 1-8.

134. PASINI Willy

"Réactions psychologiques à la stérilité et leur traitement".

Contraception, Fertilité, Sexualité, numéro spécial des Journées d'étude et de bilan sur la contraception, 1976, vol. 4, n° 7, p. 602-605.

135. PIOTROWSKI Z.A.

"Psychogenic factors in anovulatory women" II.

Psychological evaluation.

Fertility and sterility, 1962, vol. 13, n° 1, p. 11-19.

136. RABOCH J. and TOMASEK Z.D.

"Therapeutic donor insemination. Results".

Journal of reproduction and fertility, 1967, vol. 14, n° 3, p. 421.

137. RACAMIER P.C.

"Maladie des fonctions reproductrices de la femme".

E.M.C. 37 490 C 10 Psychiatrie, 1955, 2.

138. RACAMIER P.C.

"Mythologie de la grossesse et de la menstruation".

Evolution psychiatrique, 1955, 2, p. 285-297.

139. RACAMIER P.C.

"Troubles de la sexualité féminine et du sens maternel".

Bull. officiel de la Société française psycho-prophylactique obstétrical, 1967, 32, p. 3-41.

140. RAIMBAUT Ginette

"Médecins d'enfants": le cas Joseph .

Le champ freudien, Ed. Seuil, 1973.

141. RAYMOND H.

"Analyse de contenu et entretien non directif".

Revue française de Sociologie, avril-juin 1968.

142. REBOUL J.

"Stérilités psychogènes".

Nouvelle Presse Médicale, 1975, 4, n° 10, p. 1743.

143. RICARD D'ESPOSITO Cl.

"Les stérilités masculines".

Sandorama, n° 19, p. 4-10.

144. ROBBINS L.L.
"Suggestion for the psychological study of sterility in women".
E.M.C., 1943, 7, p. 41-44.
145. ROCHET Y. et GAGNAIRE J.C.
"L'insémination artificielle à la clinique gynécologique".
Cahiers médicaux lyonnais, 1975, 51, 22, p. 1275.
146. RUBIN, BERNARD, M.O. CHICAGO
"Psychological aspects of human artificial insemination results".
Archives of General Psychiatry, Chicago, Aug. 1965, vol. 13, p. 121-132.
147. RUTHERFORD R.N., BANKS A.L., COBURN W.A. et WILLIAMS J.
"Psychometric evaluation of the infertile couple".
International journal of Fertility, 1960, 5, p. 121-126.
148. SCHAAD G.
"Medical and psychological preliminaries for artificial insemination".
Rapports du VIIe Congrès de Fertilité et Stérilité, Tokyo, 1976, p. 365-367.
149. SEGAL Hanna
"Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein".
Bibliothèque de psychanalyse, P.U.F., 1974.
150. SIMON P. et GONDONNEAU
"Rapport sur le comportement sexuel des Français".
Paris, Julliard, 1972.
151. SIZARET P., ENGEL G.
"Réflexions sur les incidences psychologiques ou psycho-pathologiques de l'I.A. par D."
Revue médicale de Tours, 1976, T. 10, n° 4, p. 487-491.
152. SHERWIN A., KAUFMAN M.D. F.A. C.S.
"Impact of infertility on the marital and sexual relationship".
Fertility and sterility, 1969, vol. 20, n° 3.
153. SLOME J.
"Artificial insemination by donor".
British Medical Journal, 1973, vol. 2, p. 365 - 366.

154. SOLOMON Joan

"The second reproducers. Male fertility research is becoming "acceptable".
The Sciences, juillet-août 1973, p. 11-16.

155. SOULE M., JEANIN N.

"Les problèmes psychologiques de la stérilité et ceux de l'adoption".
Gazette Médicale de France, 1970, T. 77, n° 28.

156. LA STERILITE

Les Cahiers Sandoz.

157. STONE A. and WARD M.E.

Factors responsible for pregnancy in 500 infertility.
Fertility and Sterility, 1956, 7, 1.

158. STURGIS S.H. et Coll.

"Routine psychiatric interviews in a sterility investigation".
Fertility and sterility, 1957, vol. 8, n° 6, p. 521-526.

159. TEKAVCIC B.

"Are there any psychological consequences in husband wife and donor
after I.A.D."
Fertility, Sterility, Experta Medica, 1973, New-York, p. 962-964.

160. TESSON R.P.

"L'insémination artificielle et la loi morale".
Cahiers Laënnec, 1946, n° 2, 39.

161. VAN KEEP P.A., SCHMIDT H.S., ELMENDORF

"Le bonheur conjugal et la stérilité involontaire".
Contraception, Fertilité, Sexualité, 1976, vol. 4, n° 1, p. 57-64.

162. VIALA Bernard

"Résultats d'une année de fonctionnement d'un centre d'I.A. avec sperme
congelé de donneur".
Thèse de Médecine, LYON 1975.

163. VIALA B., GAGNAIRE J.C., COTTINET D.

"L'insémination artificielle avec donneur par sperme congelé".
Gynécologie, 1976, T. XXVII, n° 6, p. 1-5.

164. VIMEUX J.

"I.A. et stérilité".

Semaine médicale des Hôpitaux, Paris, 28.5.1946.

165. WATTERS W.W., SAUZA-POZA J.

"Psychiatric aspects of artificial insemination (donor)".

Canadian Medical Association Journal, 1966, vol. 95, p. 106-113.

166. WEIR W.C. et WIR D.R.

"The natural history of infertility".

Fertility and sterility, 1961, 12, p. 443.

167. WICKLER

"Les lois naturelles du mariage".

Flammarion. Nouvelle bibliothèque scientifique 1973.

168. LA NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE

Automne 1976, n° 14.

Guy ROSOLATO. Le non-dit.

Victor N. SMIRNOFF. Le squelette dans le placard.

Arnaud LEVY. Evaluation étymologique et sémantique du mot "secret".

Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.81.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche sur les INSEMINATIONS ARTIFICIELLES avec DONNEURS, et plus particulièrement sur l'étude psychologique du déroulement de la grossesse, nous nous entretenons avec tous les couples qui sont venus au CECOS.

Nous serions vivement intéressé par votre témoignage étant donné le problème particulier de fausse couche que vous avez vécu.

Pour cela nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET.

Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la Faculté de Médecine, au Laboratoire d'Histologie.

Nous vous demandons de téléphoner à la Faculté 75-81-14 poste 262, et de proposer un jour de rendez-vous à la Secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D. COTTINET

Docteur M. CHEVRET

HOSPITAL EDOUARD-BERRIOT

Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.31.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche sur les INSEMINATIONS ARTIFICIELLES avec DONNEURS, et plus particulièrement sur l'étude psychologique du déroulement de la grossesse et le développement des enfants, nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET.

Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la faculté de médecine, au laboratoire d'Histologie.

Pour cela, nous vous demandons de téléphoner à la faculté (69 41 14 poste 262) et de proposer un jour de rendez-vous à la secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D. COTTINET

Docteur M. CHEVRET

Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.81.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche sur les INSEMINATIONS ARTIFICIELLES avec DONNEURS, et plus particulièrement sur l'étude psychologique du déroulement de la grossesse, nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET le plus tôt possible pour éventuellement pouvoir vous revoir en fin de grossesse.

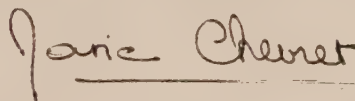
Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la Faculté de Médecine, au Laboratoire d'Histologie.

Pour cela, nous vous demandons de téléphoner à la Faculté 75-81-14 poste 262, et de proposer un jour de rendez-vous à la Secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D. COTTINET

Docteur M. CHEVRET



HOPITAL EDOUARD-HERRIOT

Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.81.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche et plus particulièrement de ceux concernant l'étude psychologique du déroulement de la grossesse, nous nous entretenons avec tous les couples qui sont venus au C.E.C.O.S.

Nous serions vivement intéressé par votre témoignage.

Pour cela, nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET.

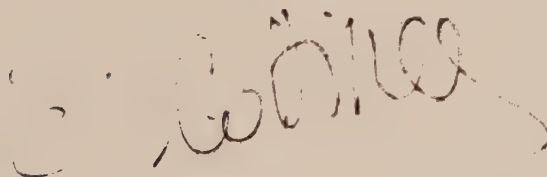
Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la Faculté de Médecine, au Laboratoire d'Histologie.

Nous vous demandons de téléphoner à la Faculté (75-81-14 poste 262) et de proposer un jour de rendez-vous à la secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D.COTTINET

Docteur M.CHEVRET



P.S. Pour toute correspondance écrire au :
Docteur M. CHEVRET
Laboratoire d'Histologie
Faculté de médecine

8 avenue Rockefeller

ANNEXE N° 2

69373 LYON CEDEX 2

Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.81.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche et plus particulièrement de ceux qui concernent l'étude psychologique du déroulement de la grossesse, nous nous entretenons avec tous les couples qui sont venus au C.E.C.O.S.

Nous serions vivement intéressé par votre témoignage.

Pour cela, nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET.

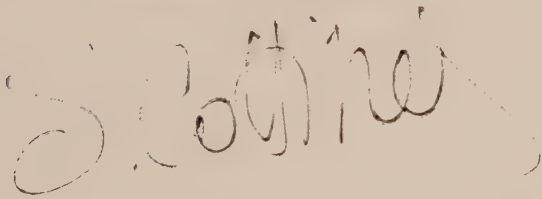
Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la Faculté de Médecine, au Laboratoire d'Histologie.

Nous vous demandons de téléphoner à la Faculté (75-81-147 poste 262) et de proposer un jour de rendez-vous à la Secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D. COTTINET

Docteur M. CHEVRET



Place d'Arsonval

Lyon, le

69374 LYON CEDEX 2

Téléphone Lyon (78) : 53.81.11

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
DE LA REPRODUCTION

Pavillon L (sous-sol)

Professeur J.-C. CZYBA

Chers Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos travaux de recherche, et plus particulièrement sur l'étude psychologique du déroulement de la grossesse et du développement des enfants, nous souhaiterions que vous puissiez vous entretenir avec le Docteur Marie CHEVRET.

Il lui est possible si vous le désirez de se présenter à votre domicile sur rendez-vous. Cependant, si vous préférez, cet entretien pourrait avoir lieu à la faculté de médecine, au laboratoire d'Histologie.

Pour cela, nous vous demandons de téléphoner à la faculté (75-81-14 poste 262) et de proposer un jour de rendez-vous à la secrétaire qui aura toutes les consignes.

Avec nos remerciements, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sentiments dévoués.

Docteur D. COTTINET

Docteur M. CHEVRET

P.S. Pour toute correspondance écrire au :

Docteur M.CHEVRET
Laboratoire d'Histologie
Faculté de médecine

8 avenue Rockefeller

69373 LYON CEDEX 2

Docteur Marie CHEVRET

126

Laboratoire du Professeur CZYBA

Hopital Edouard Herriot
Pavillon L - sous-sol

Lyon, le

Place d'Arsonval
69374 LYON CEDEX 2

Tél. 53 81 11 Poste 816

Madame, Monsieur,

Comme de nombreux autres couples vous avez bien voulu vous entretenir avec moi des problèmes posés par le traitement que nous avons entrepris. L'ensemble des renseignements ainsi recueillis constitue une étude extrêmement intéressante et susceptible d'augmenter considérablement l'efficacité de notre travail.

Nous souhaitons vivement pour que notre enquête soit aussi complète que possible, et encore plus utile, que vous nous donniez une fois par an des nouvelles de votre enfant, de sa santé et de son comportement en famille et à l'école.

Nous sommes également intéressés par toute remarque que vous pourriez nous faire sur tous les aspects de notre traitement (maintien strict du secret médical, désir de renouveler ce traitement pour une nouvelle grossesse etc...).

Je reste personnellement à votre entière disposition pour vous aider à résoudre les problèmes que vous pourriez vous poser.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à mes sentiments dévoués.

Docteur M. CHEVRET

Cette enquête n'est qu'un début, continuons ...

Madame,

Nous avons bien reçu votre lettre du 27 avril dernier, et nous étions prêts à prendre un rendez-vous avec vous. Hélas une fausse-couche vient d'interrompre cette grossesse dont le début supposé était le 28 février.

Nous ne pensions pas que notre brève expérience pourrait vous être très utile. Si toutefois vous pensez qu'elle le serait, nous voulons bien vous faire part du peu 'd'impressions' de ce court moment.

Nous avons l'intention de revenir au CECOS dès que nous le pourrons, avec l'espoir cette fois ci, de mener une grossesse à terme.

Veillez recevoir, Madame, nos salutations.

Une réponse à la demande d'entretien

Madame,

Nous avons reçu votre lettre au courrier de samedi. Nous vous annonçons la naissance de notre fils Philippe qui est né le 11 août 1976.

Vous nous demandez des précisions concernant l'accouchement, etc... Nous vous les donnons donc :

J'ai accouché avec une césarienne qui était prévue 15 jours avant l'accouchement car j'avais un bassin trop étroit.

Tout c'est très bien passé, le bébé pesait 3,380 Kg et mesurait 50 cm, il était en parfaite santé et actuellement également.

Je l'ai allaité pendant 1 mois environ puis au biberon actuellement, car je n'ai plus de lait.

Il profite énormément, et est en bonne santé.

Il est actuellement à 5 biberons par jour, il a fallu 1 mois pour passer de 6 à 5 biberons.

Il a toujours très bon appétit.

Son sommeil est normal, il dort de 10 à 5H du matin nous n'avons pas de problème la nuit.

Nos impressions face à la venue de notre enfant est évidemment la joie d'avoir un fils car nous voulions mon mari et moi un garçon. Nous avons été comblé. Il est le centre de la famille et de toutes nos préoccupations.

Nous sommes d'accord, mon mari et moi pour donner des nouvelles de notre fils, de sa santé, et de son comportement, mais nous voulons qu'il y ait le plus strict secret médical, nous le ferons qu'à cette seule condition, nous savons que vous le comprendrez.

Recevez Docteur, mes salutations.

P.S. Notre fils me ressemble énormément, et du fait de la césarienne n'a pas souffert, il est radieux, et très beau, il est la fierté de son père.

Nouvelles après l'enquête

Docteur,

Je vous prie de bien vouloir excuser le retard apporté à vous répondre, mais un surcroît de travail et une mauvaise organisation en sont responsables.

Mon mari étant absent, je parle en son nom.

Thomas est né le 10 juin 1976 avec deux semaines d'avance sur la date prévue. Il pesait 3kg120.

L'accouchement s'est déroulé normalement avec une expulsion rapide, sous la direction du Docteur G..

Thomas a un développement normal. Je l'ai nourri partiellement un mois et demi (4 sur 6). Pendant les deux premiers mois il pleurait toutes les nuits, car ayant peu de lait, il avait toujours faim. Cela s'est arrêté le jour où je ne l'ai plus nourri. Il a un excellent appétit et il n'y a aucun problème pour cela.

Il est suivi régulièrement et d'après le médecin (de qui nous partageons l'avis) c'est un bel enfant, très bien constitué (comportement parfait aux dires du pédiatre). Il est très éveillé et très facile à vivre. Bien qu'il soit en nourrice pendant les jours de classe, pour le moment cela ne pose pas de problèmes.

Parlons du père à présent.

Mon mari a assisté et participé activement à l'accouchement. Il s'occupe énormément de son fils et a été surpris de ne pas avoir eu de difficultés à accepter la présence effective de l'enfant. Son instinct paternel se manifeste au maximum. C'est lui qui s'en occupe lorsqu'il est malade..etc

Si bien que voulant un 2ème enfant, il hésite se demandant s'il pourra être aussi bien réussi que le premier.

Nous aimerions avoir le même donneur, mais nous savons que cela est impossible. Nous allons attendre quelques mois avant de recommencer les visites chez le Docteur G. Nous pensons évidemment qu'il est indispensable qu'il y ait un maintien strict du secret médical.

Il nous reste à remercier vivement le CECOS pour l'estimable service qu'il nous a rendu. Il nous a permis (sans oublier le Docteur G.) de résoudre le seul problème vraiment grave qui existait pour nous deux.

En espérant que cette lettre sera suffisamment claire veuillez agréer Docteur, avec tous nos remerciements nos sincères salutations.

P.S. Ce Noël sera le plus beau pour mon mari et moi.

Nouvelles après l'enquête

Madame,

En réponse à votre lettre du 10 juillet 1976, nous tenons à vous remercier vivement de l'intérêt que vous portez au déroulement de la grossesse après notre passage au CECOS. nous acceptons volontiers de vous aider dans vos travaux mais nous ne pouvons pas nous présenter à Lyon car les voyages en voiture sur de grands trajets sont interdits en ce moment. Toutefois, nous sommes prêts à recevoir le Docteur CHEVRET à domicile. nous ne quittons pas notre domicile et je lui laisse libre choix pour le rendez-vous.

Veillez recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Madame,

Carole et Guillaume sont nés en apportant beaucoup de joie chez les parents et les amis. Les enfants à la naissance faisaient un poids respectable compte tenu de leur mois d'avance 3,100 Kg et 2,800 Kg. Leur jaunisse nous a privé de leur présence une longue semaine mais maintenant tout est revenu dans l'ordre.

Pour la petite histoire, nous nous devons de vous parler du comportement du personnel de la maternité caractéristique de la mentalité d'une petite ville !

Les sage-femmes et les aide-soignantes étaient au courant de l'origine des enfants ayant participé aux inséminations et se sont faites une joie et un devoir d'informer leurs connaissances. Une des cadres de la maternité a même jugé bon de faire une conférence aux élèves infirmières qui prennent leurs cours à la maternité, alors que nous y étions toujours et que tout le monde connaissait les petit jumeaux ! Le résultat est que tout le personnel ou presque du complexe hospitalier est au courant et a défilé en pédiatrie par curiosité pour voir les bébés.

....

Monsieur,

J'ai bien reçu votre lettre sur le couple P. qui avait déjà attiré mon attention sur les problèmes de secret médical qui se sont posés à la suite des séances d'insémination artificielle pratiquées en milieu hospitalier.

Il est bien évident que plusieurs personnes du service détenaient le secret, et que l'on peut se demander si de telles interventions doivent être pratiquées avec un personnel particulier ou plus simplement seul en cabinet privé, ce qui est sans doute la meilleure solution à laquelle j'ai décidé de me rallier à l'avenir.

J'ai pu constater par moi-même que le secret avait été dévoilé longtemps avant la naissance des enfants par l'intermédiaire d'amis du couple P. qui étaient au courant des séances d'IAD et je crois qu'il faut rester prudent quant à l'interprétation des faits qui sont rapportés.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Madame,

Les bébés vont bien et c'est la joie pour nous. Le passé est complètement oublié et c'est pourquoi je ne tiens pas à rappeler les conditions de ma première insémination. Je souligne seulement qu'une information plus précise de l'intervention m'aurait beaucoup aidée car, je suis très émotive.

Les interventions suivantes s'étant bien passées, tout est bien.

Je remercie encore le Docteur D. qui a été très compréhensif et très navré de l'indiscrétion du personnel féminin de la maternité. D'ailleurs, l'ayant revu récemment, je sais donc de source sûre qu'il a pris des décisions très précises en vue de ne plus voir se renouveler de telles affaires. Il a décidé notamment de ne plus faire ce genre d'intervention à la maternité mais dans son cabinet à l'insu du monde extérieur. La technique est maintenant bien au point grâce à mon expérience. Je sais aussi qu'il a fait passer des notes de services en ce qui concerne le secret professionnel et je sais aussi qu'elles ont bien circulé partout à la maternité, à l'école d'infirmières et à l'hôpital. D'ailleurs le nouveau directeur de l'établissement hospitalier qui a été nommé récemment a lui aussi été mis au courant de notre affaire par le Docteur D.

J'insiste aussi pour redire que le docteur D. est absolument étranger aux indiscrétions et il regrette vraiment cette mentalité de petite ville ayant lui-même eu des ennuis semblables pour des interventions autres que des inséminations qui ont été soumis aux mêmes indiscrétions.

J'arrête ici cette lettre car mes journées sont très occupées maintenant avec les enfants.

Recevez, Madame, toutes nos amitiés.

Son « père » ne veut pas du bébé-éprouvette

Un mari qui aurait donné son accord pour que son épouse ait un bébé-éprouvette, peut-il ensuite désavouer cette paternité ? Oui, a répondu le tribunal civil de Nice, qui devait trancher dans une affaire que n'avait pas prévue, et pour cause, le code napoléonien. Imagine en un temps où l'insémination artificielle aurait fait figure de science-fiction. Cette décision

est d'autant plus intéressante qu'elle est appelée à faire jurisprudence, alors que se multiplient les naissances de cette nature. En effet, c'est l'insémination artificielle qu'avait choisie une jeune femme de Nice, Mme L., pour avoir un enfant. Après une dizaine d'années de mariage, elle avait dû se rendre à l'évidence : son mari était stérile. Les deux époux sont parfaitement d'ac-

cord sur ce point. Là où leur avis diverge c'est sur la décision prise de recourir à l'insémination artificielle.

« Mon mari était au courant de cette démarche et en avait accepté le principe », affirme la jeune femme qui est aujourd'hui mère d'un enfant d'un an. « C'est faux, rétorque le mari : cette opération que je réprouve s'est faite à mon insu. »

France Soir, 29.30 Avril 1976

M s'agissant d'une I.A. avec spermatozoïde

New York

8 à 16 000 dollars pour un nouveau-né...

Des nouveau-nés de race blanche sont vendus à des prix variant entre 8 000 et 16 000 dollars, par des avocats de la ville de New-York, a révélé M. Phillip Toia, fonctionnaire des services sociaux de l'Etat de New-York.

Dans une interview accordée à la chaîne de télévision publique d'Albany, capitale de l'Etat, M. Toia a ajouté qu'il avait remis à M. Louis Lefkowitz, attorney général (ministre de la Justice) de l'Etat de New-York,

une liste de noms d'avocats impliqués.

Toutefois, la seule accusation qui pourra être retenue contre les futurs inculpés sera d'avoir violé une loi de l'Etat de New-York interdisant à des organismes non homologués de se charger de l'adoption d'enfants, et les sanctions ne pourront dépasser un an de prison. « Je frémis en pensant au genre de gens chez qui ces bébés sont placés », a dit M. Toia.

Des personnes travaillant pour le compte « d'agences de placement » sillonnent le pays à la recherche de jeunes femmes enceintes célibataires. On leur fait miroiter la promesse de l'anonymat et la prise en charge de tous les soins médicaux pendant la durée de leur grossesse, en échange de leur enfant à naître.

D'après M. Toia, de tels agissements s'expliquent par la préférence

marquée des parents adoptifs pour les enfants en très bas âge et de race blanche, alors que les organismes légaux d'adoption n'arrivent pas à placer des centaines d'enfants de couleur, ainsi que d'autres plus âgés, souvent handicapés physiquement.

« Un trafic de ce genre avait déjà été signalé, en avril dernier, aux autorités de Los Angeles, en Californie. »

Le Progrès, octobre 1976

CELA EXISTE.

